



# **SEPELVALTIMOTAUTIPOTILAAN KOTIUTUSKRI- TEERIT**

Sanjar Masoumi

Marko Rätty

Opinnäytetyö  
Huhtikuu 2013  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja  
Aikuistenhoitotyö

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Aikuisten hoitotyö

SANJAR MASOUMI & MARKO RÄTY:  
Sepelvaltimotautipotilaan kotiutuskriteerit

Opinnäytetyö 41 sivua, joista liitteitä 1 sivua  
Huhtikuu 2013

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kotiutukseen muistilista apuvälineeksi henkilökunnalle Jyväskylän keskussairaalan sydänosasto 10:lle. Työn aihe määräytyi osastolta heidän tarpeidensa mukaan. Tavoitteena oli luoda heille mahdollisimman selkeä muistilista kotiutukseen. Työssä selvitettiin mikä on sepelvaltimotauti, sen syyt, diagnostiikka, oireet, hoito, sekä sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus ja kotiutus.

Opinnäytetyön menetelmä oli tuotokseen painottuva opinnäytetyö. Opinnäytetyön teoria pohjautuu mahdollisimman uuteen teoria- sekä tutkimustietoon. Opinnäytetyön tuotos tuotettiin tämän teorian pohjalta. Työssä selvitettiin aluksi lukijalle lääketieteellisestä näkökulmasta sepelvaltimotauti, sekä sen syyt ja hoito. Pääpaino työssä oli kotiutus ja kotiutuksen muistilista.

Tuotos pyrittiin saamaan tiiviiksi, jotta se voisi olla osastolla helposti saatavilla ja nähtävillä. Kuitenkin tuotoksen tuli olla monipuolinen ja siinä tuli olla selkeästi kaikki huomioon otettavat seikat kotiutuksessa, jotta se tukisi niin kokemattoman kuin kokeneenkin hoitajan työtä. Saimme tuotoksesta selkeän ja kattavan, sekä yhden sivun kokoisen muistilistan työkaluksi hoitajille osastolle.

Jatkotutkimusehdotuksena esitimme osastolle laajempaa tutkimusta potilaiden kotiutuksesta, sekä sen onnistumisesta. Tutkimus tulisi toteuttaa koko Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueelle. Näin saataisiin konkreettinen tieto kotiutuksen onnistumisesta potilailta ja pystyttäisiin löytämään eri kehittämisen osa-alueet osastoiden välillä.

## ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Health Care  
Option of Nursing

SANJAR MASOUMI & MARKO RÄTY:  
Discharge Criteria for a Coronary Artery Disease Patient

Bachelor's thesis 41 pages, appendix 1 page  
April 2013

---

The purpose of the thesis was to create a discharge checklist for the staff of Jyväskylä Central Hospital, heart ward 10. The topic of the thesis was defined by the ward according to their needs. The aim was to draw up a clearest possible discharge checklist for the staff. The thesis explains what coronary artery disease and its reasons are, describes the diagnostics, symptoms and treatment and looks into the guidance and discharge of a coronary artery disease patient.

The method was outcome-based. The theory of the thesis is based on the latest possible theoretical and research knowledge and helped to create the outcome. In the beginning of the thesis the reader is given a description of coronary artery disease, its reasons and treatment from a medical point of view. The main emphasis in the thesis is on discharge and the discharge checklist.

An effort was made to build the checklist so compact that it would be easily available in the ward. Still, the outcome should be versatile including all the considerations of discharge in order to support the work of both an inexperienced and an experienced nurse. We managed to create a clear and comprehensive one-page checklist for the nurses in the ward.

As for a further study, we suggested a more extensive research on patient discharge and its success. The research should be carried out in the entire hospital district of Central Finland. Thus concrete information on the outcome of discharge could be attained from the patients and the different needs of improvement between the wards could be identified.

Keywords: *coronary artery disease, cardio vascular diseases, rehabilitation, discharge, follow-up care*

## SISÄLTÖ

1 JOHDANTO .....	5
2 TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT .....	6
3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	7
4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	8
5 LÄÄKETIETEELLISET SYYT SEPELVALTIMOTAUTIIN .....	9
5.1 Fysiologia .....	10
5.2 Syyt ja riskitekijät .....	10
5.3 Diagnostiikka ja tutkimukset .....	11
5.4 Sepelvaltimotaudin oireet .....	14
5.5 Hoito .....	15
5.6 Toimenpiteet .....	16
5.7 Sydäninfarkti .....	18
5.8 Sydänsairauksien psykososiaaliset riskitekijät .....	20
5.9 Elämänlaatu ja hoidon vaikuttavuus .....	21
6 SEPELVALTIMOTAUTIPOTILAAN OHJAUS .....	23
6.1 Sepelvaltimotautipotilaan ohjauksessa keskeisiä ongelmia .....	23
6.2 Ohjauksen tärkeitä kulmakiviä .....	24
6.3 Kirjallinen ohjaus .....	24
6.4 Suullinen ohjaus .....	25
6.5 Ohjauksessa käsiteltävät asiat .....	25
7 SEPELVALTIMOTAUTIPOTILAAN KOTIUTUS .....	26
7.1 Kotiutuksen ongelmat ja ristiriidat .....	26
7.2 Kehitettävät asiat kotiutuksessa .....	28
7.3 Sepelvaltimotautipotilaan kotiutus ja sen kriteerit .....	29
7.4 Kotiutuksen muistilista .....	33
8 POHDINTA .....	35
LÄHTEET .....	37
LIITTEET .....	40

## 1 JOHDANTO

Sepelvaltimotauti on yleinen sairaus suomalaisten keskuudessa ja sepelvaltimotauti potilaan voi kohdata melkein millä osastolla tahansa. Paneudumme sepelvaltimotauti potilaan hoitoon yleisesti, sekä kotiutuksen kriteereihin, jatkohoitoon ja kuntoutukseen.

Sepelvaltimotauti johtuu sydämen omien verisuonien ahtautumisesta, joka aiheuttaa sydämen hapenpuutteen. (Vauhkonen & Holmström 2005, 47-48.) Tyypillinen oire on angina pectoris eli rintakipu (Kervinen 2009). Palautumattomasta hapenpuutteesta aiheutuu myokardium eli sydänlihas vaurioituu (Vauhkonen & Holmström 2005, 47-48).

Kotiutusta tutkittaessa Lämsä ja Mäkelä (2009) ovat todenneet, että sairaalaosastoilla käytetään erilaisia lähtökohtia ja perusteluita potilaan kotiutukseen. Perusteluita ovat mm. lääketieteelliset, sairaalan tehokkuusvaatimus, potilaan toimintakyky ja elämäntilanne. Näitä voidaan pitää myös ns. kotiutuskriteereinä. (Lämsä & Mäkelä, 2009, 2553-2556.) Iäkkäät sekä huonokuntoiset potilaat saattavat kokea kotiutuksen pelottavana. Heidän kanssaan tarvitaan enemmän aikaa kotiutusprosessissa sekä varmistettava mahdollinen jatkohoito ja avun saatavuus. (Koponen 2003, 14-15.)

Opinnäytetyö tehdään Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Jyväskylän keskussairaalan sydänosastolle. Sydänosasto 10 on 28-paikkainen sisätautiosasto, jossa hoidetaan pääasiassa sydänsairauksia sairastavia potilaita. Opinnäytetyö toteutetaan tuotokseen painottuvana opinnäytetyönä.

## 2 TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää sepelvaltimotautipotilaan kotiutusprosessia ja siihen liittyviä kotiutuskriteereitä.

Opinnäytetyön tehtävät ovat:

1. Mitä kuuluu sepelvaltimotautipotilaan kotiutusprosessiin?
2. Mitä kotiutuskriteereitä on sepelvaltimotauti potilaalle?

Opinnäytetyön tavoitteena on laatia sepelvaltimotautipotilaan kotiutusta tukeva muistilista hoitajien työvälineeksi.

### 3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä on tuotokseen painottuva ja siinä käytetään kirjallisuuden lisäksi pro gradu - ja väitöskirjatutkimuksia, sekä erilaisia artikkeleita tieteellisistä julkaisuista. Opinnäytetyössämme tuomme esiin edellä mainittujen tutkimusten tuloksia ja päätelmiä. Työssä keskitytään sepelvaltimotautipotilaiden kotiutuksen kriteereihin, jonka tärkeitä kulmakiviä ovat hoito, ohjaus, diagnostiikka ja tutkimukset.

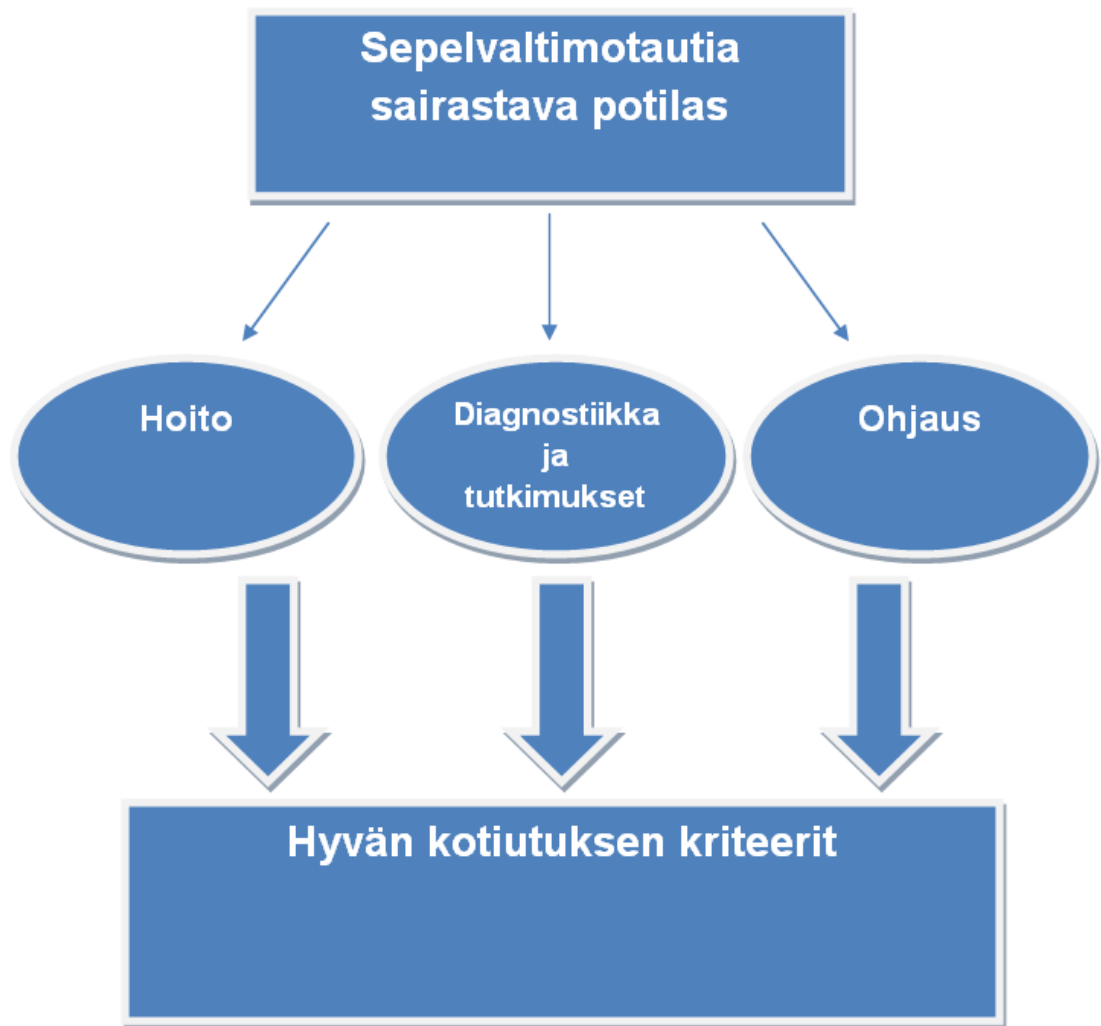
Eettisyys tutkimuksissa on tieteellisen toiminnan ydin. Hoitotieteellisissä tutkimuksissa tutkimusetiikka sekä sen kehittäminen on ollut keskeinen aihe jo kauan ja se jaetaan tieteen sisäiseen ja sen ulkopuoliseen etiikkaan. Tieteen sisäisellä tarkoitetaan viittausta tutkimuksen luotettavuuteen ja todellisuuteen. Näin tarkastellaan kriittisesti suhdetta tutkimuskohteeseen, tavoitteisiin ja tutkimusprosessiin. Ulkopuolinen tutkimusetiikka käsittelee miten ulkopuoliset asiat vaikuttavat aiheen valintaan ja miten sitä tutkitaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172-173.)

Opinnäytetyö on selkeästi rajattu ja sillä on selkeät tavoitteet, jotka kävivät ilmi kohdasta kaksi: tavoite, tarkoitus ja tehtävät. Teoria on valittu työhön luotettavista ja mahdollisimman tuoreista lähteistä. Lähteet ovat valittu harkiten ja kriittisesti. Käytämme työssä useita lähteitä, myös vieraskielisiä. Avainsanoja tiedon haussa ovat sepelvaltimotauti, sydän ja verisuonitaudit, kuntoutus, kotiutus, jatkohoito, coronary artery disease/thrombosis, ja patient discharge. Hakuja teimme ensisijaisesti Nelliportaali, Aleksi artikkeliviitetietokanta, terveystietä (Lääkärin tietokannat), Medic, Nursing eBook collection, PubMed, Terveyskirjasto.

Opinnäytetyöprosessi on alkanut helmikuussa 2012 ja teoriakatsaus valmistui joulukuussa 2012. Opinnäytetyö valmistui huhtikuussa 2013. Valmiin opinnäytetyön esittelemme Jyväskylän keskussairaalan sydänosastolla sovittuna ajankohtana. Valmis opinnäytetyö julkaistaan sähköisessä opinnäytetyökirjastossa Theseuksessa.

#### 4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyössä keskeisiä käsitteitä ovat sepelvaltimotauti, sen diagnostiikka, oireet, hoito, potilasohjaus, kuntoutus ja kotiutus. Nämä käsitteet huomioon ottaen muodostamme mahdollisimman selkeän muistilistan kotiutusta varten. Kuviossa 1 teoreettinen viitekehys.

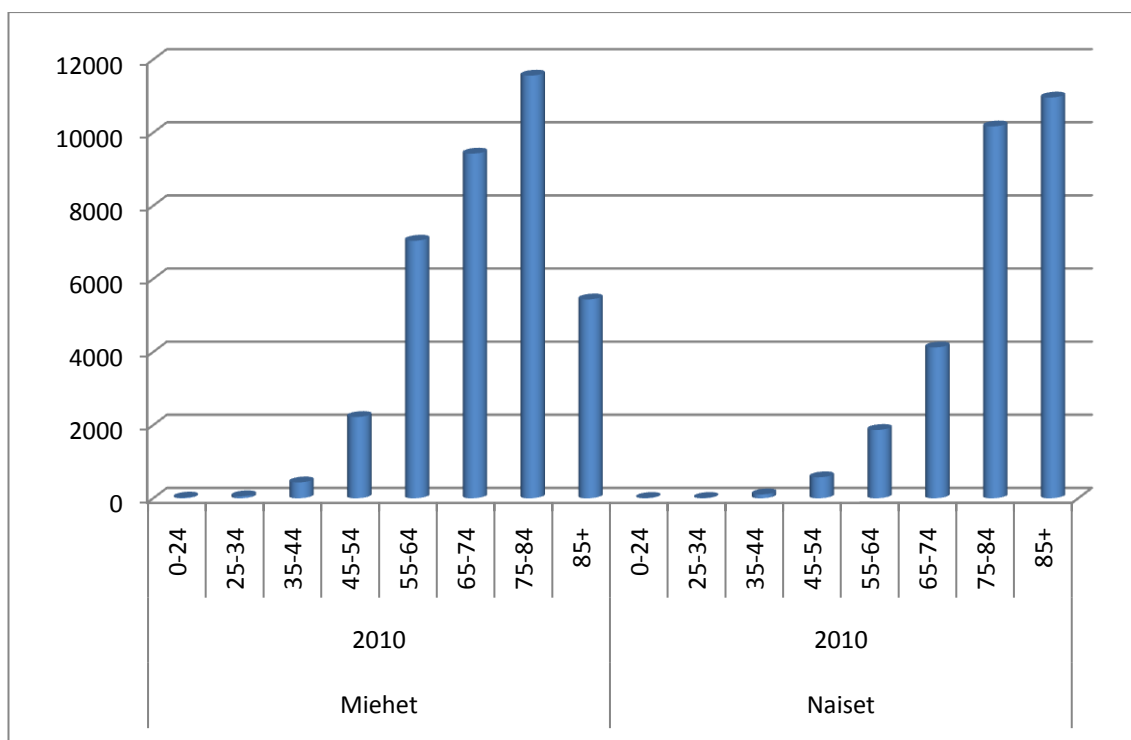


KUVIO 1: Teoreettinen viitekehys



## 5 LÄÄKETIETEELLISET SYYT SEPELVALTIMOTAUTIIN

Sepelvaltimotauti on sairaus, jossa sydämen omat verisuonet eli sepelvaltimot ovat vaurioituneet. Tällöin suhde sydämen happitarpeen ja hapentarjonnan välillä ei pysy tasapainossa, josta seuraa sydämen hapenpuute eli iskemia. Sydänlihas eli myokardium tarvitsee jatkuvasti happea toimiakseen kunnolla. Sydämen rasituksen kasvaessa sydänlihaksen hapen tarve kasvaa. (Vauhkonen & Holmström 2005, 47-48.) Sepelvaltimotautikohtauksia Suomessa vuonna 2010 kirjattiin yhteensä 64 021 kpl, miehillä 36 198 kpl ja naisilla 27 823 kpl. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012). Kuviossa 1 on vielä tarkemmin jaoteltu ikäryhmittäin sepelvaltimotautikohtauksien henkilömäärät ikäryhmittäin (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012).



KUVIO 2. Sepelvaltimotautikohtauksien määrät ikäryhmittäin vuonna 2010. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012)

Sydänsairauksia sairastavien lukumäärää voidaan arvioida lääkkeiden erikoiskorvauksien määrällä. Tarkkaa lukumäärää ei kuitenkaan voida tietää ja todellinen sydänsairauksien esiintyvyys on lääkekorvauksia saavia potilaiden määrää suurempi. Vuonna 2009 sepelvaltimotauti oli toiseksi suurin sydän ja verenkiertosairaus, kun asiaa mitataan lääkkeiden korvattavuudella. Verenpainetautiin lääkekorvattavuutta saivat 508 591 hen-

kilöä, kun taas sepelvaltimotaudin hoitoon korvattavuuden määrä oli 191 700. (Suomen Sydänliitto ry 2012.)

## 5.1 Fysiologia

Hapen saantiin ja kuljetukseen vaikuttavat hemoglobiinin määrä ja toimivuus. Hapen määrä keuhkokudoksessa ja siitä vereen siirtyvän osan määrä, sekä virtauksen määrä sepelvaltimoissa vaikuttavat hapen kuljetukseen. Suurentunut iskuvoima, sydämen syke, paksuuntunut sydänlihaskerros, sekä sympatotonia (sympaattisen hermoston liikatoiminta) lisäävät hapentarvetta sydämessä. (Vauhkonen & Holmström 2005, 47-48.)

Myokardiumin muuttuessa iskeemiseksi (hapenpuute) ja sen seurauksena toiminnan häiriintyminen. Tällöin sydänlihaksen toiminta häiriintyy siten että se muuttuu sähköisesti epävakaaaksi ja sydämen pumppaus muuttuu epästabiiliksi. Näiden seurauksesta rytmihäiriöiden mahdollisuus lisääntyy. Pumppaustoiminnan häiriintyessä verenpaine laskee, josta seuraa hengenahdistus, jonka syy on keuhkojen laskimopaineen nousu. Oireiden edettyä potilas tuntee kovenevaa rinnanpuristuksen tunnetta sekä kipua. (Vauhkonen & Holmström 2005, 47-48.)

## 5.2 Syyt ja riskitekijät

Sepelvaltimotaudin sairastumiseen yleisin syy on valtimon seinämien kovettuminen eli arterioskleroosi. Tarkemmin määriteltynä huonon kolesterolin eli LDL-kolesterolin kertyminen sepelvaltimoiden sisäkerroksen seinämiin, jolloin rasvaplakkaa muodostuu valtimoiden seinämiin. (Kervinen 2009.) Rasvaplakit aiheuttavat häiriöitä valtimoiden sisäkalvoihin, josta seuraa kramppitaipumus ja hyytymishäiriöitä suonessa. Ajan myötä rasvaplakki saattaa repeytyä ja aiheuttaa haavauman valtimonseinämään tai siihen voi syntyä vuotoa, josta seuraa trombin eli hyytymän muodostus, sekä suonon tukkeutuminen täysin tai osittain. Vuosien mittaan rasvaplakkeihin voi kertyä kalkkia jotka ahtaavat suonet pysyvästi kapeiksi. (Vauhkonen & Holmström 2005, 47-48.) Suurin yksittäinen syy tähän on elämäntavat ja niistä johtuvat riskitekijät. Sepelvaltimotaudin riskitekijöitä ovat, kohonnut veren LDL-kolesterolipitoisuus, kohonnut verenpaine, diabetes,

tupakointi, ikä, ylipaino, vähäinen liikunta eli metabolinen oireyhtymä, sekä psyykkiset ja perinnölliset tekijät. (Kervinen 2009).

### 5.3 Diagnostiikka ja tutkimukset

Kervisen, Niemelän, Valkaman (2012) mukaan lääkärin vastaanotolla huolellisella anamneesilla (potilaan antamat esitiedot) ja kliinisen tutkimuksen (tieteellinen terveyteen liittyvä tutkimus) avulla voidaan tehdä luotettava sepelvaltimotaudin diagnoosi. Huolellisen anamneesin avulla kartoitetaan riskitekijät sekä erotusdiagnostiikat kuten rintakivun muut syyt, jotka voivat olla peräisin maha-suolikanavasta, keuhkoista, psyykkisistä tekijöistä tai tuki- ja liikunta elimistöstä. Rintakivun tunnistamisessa on syytä arvioida tyypilliset ja epätyypilliset rintakivun piirteet. Sepelvaltimotauti on tyypillinen rintakivun aiheuttaja. Erityisesti riskipotilaat on syytä poimia vastaanotolla ja he tarvitsevat nopeaa lisäselvittelyä sekä lisätutkimuksia. (Kervinen, Niemelä, Valkama, 2012, 1729.)

Jokaisen rintakipupotilaan perustutkimukseen kuuluu vähintään 12-kanavainen EKG (elektrokardiografia), joka on hyvin olennainen tutkimus kohtauksen vaaran arvioinnissa neljän tunnin sisällä oireiden alkamisesta. (Käypähoito 2009). Mahdolliset T-aallon inversiot kytkennöissä, Q-aallot sekä ST- tason laskut tukevat sekä viittaavat sepelvaltimotaudin diagnoosiin. Lepo-EKG:ssa havaittavia löydöksiä sepelvaltimotauti diagnoosissa voidaan pitää haarakatkoksia, kammiotakykardia, arytmia ja eteisvärinää, vaikka kyseessä ei ole niinkään spesifisiä (erityisiä) löydöksiä. Myös syketaajuus joka ylittää 100 krt/min, ST-nousuinfarkti (STEMI) tai vasen haarakatkos tukevat diagnoosia. EKG:ssa varmana diagnoosina voidaan pitää ST-nousuinfarktia, sekä sydäninfarktia ilman ST-nousua. Normaali löydys EKG:ssa ei aina sulje pois sepelvaltimotautikohtausta. (Käypähoito 2009; Kervinen ym. 2012, 1729-1730.)

Rasitus-EKG:ssa tai kliininessä rasituskokeessa on tarkoitus etsiä hapenpuutetta sydänlihaksesta, jonka tavallinen aiheuttaja on sepelvaltimotauti. Suomessa rasitus-EKG:ta rekisteröidään yleensä polkupyöräergometrillä, joka on ensisijainen tutkimus potilaille joiden sepelvaltimotaudin todennäköisyys on kohtalainen 20-80 %, lukuun ottamatta nuorehkoja potilaita. Näin voidaan löytää riskipotilaat, joilla jatkotutkimukset ovat aiheelliset. (Kervinen ym. 2012, 1730.) Rasituskokeessa heikko suoritus viittaa yleensä

huonoon ennusteeseen. Huonona ennusteena voidaan pitää raskituksen aikana esiintyvää rintakipua, vaihtelevaa systolisenverenpaineen nousua, verenpaineen laskua, takykardia (tiheilyöntisyys), rytmihäiriöitä sekä merkittäviä EKG:n löydöksiä. EKG on tärkeä raskituskokeen tulostutkimus, jonka olennaisena tarkkailtavana asiana on ST-analyysi ja sen ST-segmentin vajoaminen perustasosta. EKG-raskituskokeita voidaan käyttää myös potilaan työkyvyn arvioimiseksi. Potilailla joilla on yli 80% todennäköisyys saada sepelvaltimotautikohtausta on syytä tutkia sepelvaltimot varjoainekuvauksella. (Suomen Sydänliitto ry 2012; Kervinen ym. 2012, 1730.)

Sepelvaltimotaudin vakiotutkimukseen kuuluu kaikukuvaus, jossa arvioidaan sydämen läppien toimintaa, vasemman kammion mittaa, seinämän paksuutta ja pumppaustoimintaa. Tutkimus on hyvä myös rintakipupotilaan erotusdiagnostiikassa. Kaikukuvaus kertoo aiemmat vanhat infarktiarvet, ejektiofraktion (sydämen pumppauskyvyn mitta) ja vasemman kammion kasvanutta poikkimittaa. Huonona ennustetta tutkimuksessa voidaan pitää vasemman kammion huonona pumppaustoimintaa sekä sen suurta kammion mittaa. Verenpainetauti, hypertrofinen kardiomyopatia (sydänlihassairaus jonka ominaisuutena sydänlihaksen paksuuntuminen) sekä merkittävä aorttaläpän ahtauma viittaavat paksuuntuneeseen vasemman kammion seinämään, joka todetaan sydämen kaikututkimuksessa. Iskemian arviointiin soveltuu paremmin raskituskaikekkardiografia, joka on eurooppalaisten suositus, mutta Suomessa näitä tehdään kohtalaisen vähän. (Kervinen ym. 2012, 1730-1731.)

Tietokonetomografian avulla voidaan katsoa riittävän tarkasti sepelvaltimoiden ahtaumia, jonka etuna on toimenpiteen nopeus ja valtimopiston välttäminen. Tutkimuksessa voidaan katsoa myös sydämensisäisiä verihyytymiä sekä kasvaimia ja sydänpussin sairauksia. Sepelvaltimoiden TT-tutkimus on hyödyllinen varsinkin kun kyseessä on sepelvaltimotaudin lievin muoto, jossa halutaan sulkea pois merkittävimmät ahtaumat. Tutkimus soveltuu parhaiten kliinisen raskituskokeen jälkeen vaikka tutkimusta voidaan käyttää tilanteissa, jossa tukielinsairaus tai raskituskoe ei sovi lepo-EKG:n muutosten vuoksi. Tutkimusta vältetään potilailla joilla sepelvaltimotaudin ennako todennäköisyys on korkea, suuren sädetysraskituksen sekä runsaan sepelvaltimoiden kalkkeutumisen vuoksi, joka häiritsee ahtaumien arviointia varsinkin iäkkäillä potilailla. Tutkimus ei sovi potilaille, joilla on munuaissairaus sekä diabetes. Tutkimusta ei myöskään tehdä sydämen rytmihäiriöpotilaille tai potilaille joilla on korkea syketaaso lääkityksestä huolimatta. (Suomen Sydänliitto ry 2012.)

Sydänlihaksen perfuusion (läpivirtaus) gammakuvaus tehdään kuten rasisuskoe, jossa EKG:n lisäksi iskemiaa tarkkaillaan suonensisäisesti annetun merkkiaineen (teknetiumin ja talliumin) avulla. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää sydämen verenkierron toimintaa ja arvioida sepelvaltimotaudin ennustetta. Hyvässä ennusteessa isotoopit jakautuvat tasaisesti koko sydänlihakseen, kun taas huonossa ennusteessa isotoopit kertyvät epätasaisesti sydänlihakseen, joka viittaa ahtautumiseen. (Sinisalo & Virtanen 2005). Perfuusiotutkimusta käytetään yleensä kun rasisus-EKG:n jälkeen jää tulos epävarmaksi ja kun ei haluta tehdä varjoainekuvausta, vaikka nämä kaksi tutkimusta täydentävät toisiansa (Suomen Sydänliitto ry 2012). Isotooppitutkimukseen kuuluu myös PET-tutkimus (positroni-emissiotomografia), jossa tutkitaan myös sydänlihasiskemiaa. PET-tutkimusta pidetään parempana menetelmänä kuin sydänlihasperfuusion gammakuvausta. Yhdistämällä PET-tutkimusta sepelvaltimo TT-kuvaukseen saadaan tuloksena arvio sydänlihasiskemiasta, sekä sepelvaltimoiden anatomiasta ja ahtautumisesta. (Kervinen ym. 2012, 1731-1732.)

Sepelvaltimotaudin toteamisessa luotettavana tutkimuksena pidetään sepelvaltimoiden varjoainekuvausta eli koronaariangiografia, josta selviää taudin todellinen vaikeusaste ja mahdollisen ahtauman sijainti. Varjoainekuvauksen tuloksen perusteella arvioidaan pallolaajennuksen ja ohitusleikkauksen tarve. Pallolaajennus on mahdollista tehdä kuvauksen yhteydessä, mikäli siihen päädytään. Kajoavasta tutkimuksesta huolimatta varjoainekuvauksen komplikaatiot ovat hyvin vähäiset, josta pistopaikan mustelma on yleisin. Muita vakavia komplikaatioita ovat aivoverenkiertohäiriöt, sydäninfarkti ja kuolleisuus joka on alle 0,2 %. Varjoainekuvauksessa tehdään yleensä reisivaltimon kautta. Muita vaihtoehtoja ovat varttinävaltimo pistos, jossa vuotoriski on vähäisempi ja potilaat pitävät tätä subjektiivisesti miellyttävämpänä ja toipuminen on nopeampaa. Sepelvaltimoiden invasiivisen varjoainekuvauksen indikaationa (hoidon aihe) on potilaalla haittaava rintakiputuntemus lääkityksestä huolimatta, sydämen kaikukuvauksessa havaittu pumpaustoiminnan häiriö ejektiofraktio alle 40% ja merkittävä rasisuslöydös. Mikäli sepelvaltimoiden varjoainekuvauksessa jää epävarmaksi niin tilannetta voidaan arvioida sepelvaltimoiden sisäisellä kaikukuvauksella (IVUS, intravascular ultrasound), joka on ainakin saatavissa kaikissa Suomen yliopistollisissa sairaaloissa. IVUS-tutkimuksessa kuvaamalla saadaan arvio ahtauman ominaisuuksista, sekä lumenin poikkipinta-ala jonka perusteella arvioidaan ahtauman merkitsevyyttä. (Kervinen ym. 2012, 1732-1733.)

Muita tutkimuksia sepelvaltimotaudin diagnostiikassa ovat sydämen magneettikuvaus, valokerroskuvaus, jota pidetään uutena menetelmänä, sekä sepelvaltimon painevaijerimittaus. Nämä tutkimukset eivät ole ensisijaisia eivätkä vielä vakiintuneita. (Kervinen ym. 2012, 1734.)

#### 5.4 Sepelvaltimotaudin oireet

Sepelvaltimotaudin tyypillinen oire on rintakipu eli angina pectoris. Rintakipu voidaan jakaa kivun luonteesta, sekä oireista riippuen stabiiliin tai epästabiiliin angina pectorikseen. (Kervinen 2009.) Lisäksi sepelvaltimotauti aiheuttaa rytmihäiriöitä, läppävuotoja ja sydämen kroonista tai äkillistä vajaatoimintaa. Pahimmassa tapauksessa sepelvaltimotauti voi johtaa äkkikuolemaan. (Vauhkonen & Holmström 2005, 47-48.)

Stabiililla angina pectoriksella tarkoitetaan kipua joka ilmaantuu tietyssä rasisusasteessa, jota voidaan käyttää myös kliinisenä diagnoosina. Rintakipu tuntuu yleensä keskellä rintaa laaja-alaisesti painavana, ahdistavana tai puristavana kipuna. Lisäksi kipua voi esiintyä käsivarsissa, leukaperissä, kaulalla ja ylävatsalla. Kipu voi pakottaa liikkeellä olevan potilaan hiljentämään vauhtia tai pysähtymään kokonaan. Yleensä kipu helpottuu levossa muutaman minuutin sisällä rasisuksen jälkeen tai lääkehoidolla eli nitrolla. (Kervinen 2009.)

Epästabiililla angina pectoriksella tarkoitetaan äkillisesti ja mahdollisesti levossa alkavaa kipua, joka ilmenee uutena oireena potilaalla. Tällöin kipu ei mene ohitse levossa, eikä yleensä nitrolla ole vastetta kipuun. Epästabiili angina pectoris on vakavampi tila, joka voi olla seuraus stabiilista angina pectoriksesta tai hyvin ahtautuneesta sepelvaltimosta. Hoitamattomasta epästabiilista angina pectoriksesta aiheutuu joka toiselle jo kuukaudessa sydämen veritulppa, josta joka neljäs potilas menehtyy puolen vuoden sisällä. Epästabiilista angina pectoriksesta voi seurata sydänlihaksen kuolio eli sydäninfarkti. (Vauhkonen & Holmström 2005, 47-48.)

Sepelvaltimotautia voi esiintyä myös kivuttomalla potilaalla aiheuttaen akuuttia sydänlihaksen hapenpuutetta. Tämänkaltainen tapaus voi esiintyä yleensä diabeetikoilla, iäkkäillä, sekä potilailla joilla on pitkälle edennyt sydänsairaus. (Vauhkonen & Holmström 2005, 47-48.)

## 5.5 Hoito

Hoidolla pyritään poistamaan hapensaannin ja kulutuksen epäsuhdanne. Näin ehkäistään sydänlihasiskemiaa, joka aiheuttaa sydäninfarktin. Sydämen hapensaannin ja kulutuksen tasapaino parantaa potilaan elämänlaatua, suorituskykyä ja ennustetta. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 222-223.)

Suurin osa sydänsairauksista hoidetaan lääkehoidolla, eikä operatiivista eli leikkaus- ja toimenpidehoitoa tarvita. Lääkkeet jaetaan kahteen ryhmään: sydäntapahtumia ehkäiseviin, sekä ennustetta parantaviin ja oireita lievittäviin lääkkeisiin. Sydäntapahtumia estävät, sekä ennustetta parantavia lääkkeitä käytetään mahdollisimman suurilla annoksilla, kun taas oireita lievittäviä lääkkeitä mahdollisimman pienillä annoksilla. Näin saadaan paras mahdollinen hoitovaste sairaudelle. (Kettunen, Kivelä, Mäkijärvi, Parikka & Yli-Mäyrä 2011, 199.) Tehokkaaseen lääkehoitoon kuuluvat ASA, beetasalpaajat, statiinit ja ACE-estäjät, kerrottu tarkemmin taulukossa 1. Usein lieväoireisiin sepelvaltimotauteihin riittää hyvä lääkehoito. (Kervinen, 2009.)

ASA	Vähentää trombosyyttien eli verihiutaleiden toisiinsa takertumista. Näin estää äkillisiä sepelvaltimotautitapahtumien syntyä eli trombin muodostumista. ASA allergiset käyttävät klopido greeliä.
Klopido greeli	Estää myös trombosyyttien takertumista. Vaikuttaa kuitenkin eri reseptoreihin kuin ASA.
ACE:n estäjät	Suositellaan aloitettavan sepelvaltimotautipotilaille. Hidastavat ateroskleroosin eli valtimoiden rasvoittumisen etenemistä valtimoiden seinämissä. Vähentävät myös iskeemiseen vajaatoimintaan liittyvää oireilua ja sydäntapahtumia. On yksi ensisijainen lääke myös sydäninfarktin tai vasemman kammion systoolista vajaatoimintaa (heikentynyttä kykyä pumpata verta) sairastaville.
Statiinit	Vähentävät LDL-kolesterolin veripitoisuutta ja sen kertymistä verisuonien seinämiin. Parantavat lisäksi valtimon sisäkerroksen toimintaa ja hillitsevät veren hyytymistä, tulehdusreaktioita sekä immunologisia eli immuunipuolustuksen vasteita. Vähentävät uusiutuvien sydäninfarktien sekä kuolemien määrää.

Beetasalpaajat	Laskevat sykettä sekä verenpainetta, jolloin sydänlihaksen hapenkulutus rasituksessa vähenee. Helpottaa usein myös rintakipuoireita. Vähentävät uuden sydäninfarktin ja kuoleman vaaraa merkittävästi. Sopii kroonista sepelvaltimotautia sairastavalle, vaikkei hänellä olisi ollut sydäninfarktia, hoito on kuitenkin perusteltua oireiden helpottamisen takia. On myös ensisijainen lääke sepelvaltimotautipotilaan rytmihäiriöihin. Beetasalpaaja lääkityksellä syketaaso levossa tulisi olla 50-60/min.
Pitkävaikutteinen nitraatti	Mikäli rintakipuja esiintyy usein niin voidaan ottaa lääkehoitoon mukaan. Yölliseen rintakipuun voidaan käyttää laastaria. Laastari tulee kuitenkin poistaa aamulla nitroresistenssin eli nitronvaikutuksen heikkenemisen vuoksi. Tämän takia myös pitkävaikutteisten nitraattien käytössä tulee pitää taukoa esim. illalla ja yöllä. Potilas ei tarvitse nitraattia mikäli hän on oireeton.
Nopeavaikutteinen nitraatti	Käytetään rintakipukohtaus lääkkeenä.

TAULUKKO 1. Sepelvaltimotautipotilaan lääkehoito. (Kervinen, 2009.)

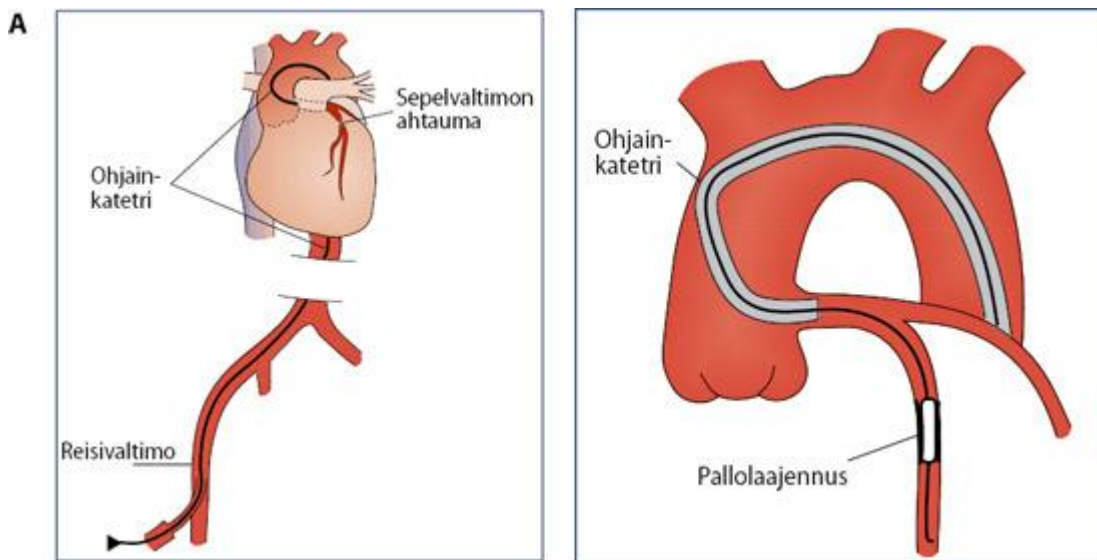
Angina pectoris potilaan hoito pitkällä tähtäimellä perustuu potilaan omaan hoitotahoon ja haluun sitoutua itsehoitoon. Potilaan oma tahto riskitekijöiden ehkäisemiseksi ja poistamiseksi on erityisen tärkeää. (Holmia, ym. 2008, 222-223.) Yleisimmät riskitekijät ovat totutut elämäntavat. Sepelvaltimotautia ja sen uusiutumista lisäävät mm. epäterveellinen ruokavalio, tupakointi, vähäinen liikunta sekä lihavuus (Kettunen, ym. 2011, 256-257).

## 5.6 Toimenpiteet

Pallolaajennustoimenpiteet eli PCI ovat yleinen toimenpide vakaa-oireisessa sepelvaltimotaudissa joka vaatii toimenpidehoitoa. Pallolaajennus on tänä päivänä usein ensisijainen toimenpide sydänlihaksen verenkierron palauttavana toimenpiteenä. Tekniikan kehittymisen myötä komplikaatoriskit ovat vähentyneet sekä toimenpiteitä pystytään tekemään aiempaa hankalempiin kohteisiin. (Heikkilä, Niemelä, & Ylitalo, 2008.) Pallolaajennus toimenpiteellä pyritään sepelvaltimotautipotilaan ahtautuneiden sepelvaltimoiden laajentamiseen. Pallolaajennuksessa katetri kuljetetaan ahtautuneeseen sepelvaltimoon kuten kuvassa 1. Katetrin kärjessä on pallo joka täytetään varjoaineella ahtautuneen suonen kohdalla. Tällöin paine saa ahtautuneen suonen kohdan laajenemaan. Ahtautuneeseen suoneen asennetaan myös usein stentti eli metalliverkko pitämään suonta auki. Stentti viedään suoneen pallokatetrin päällä ja katetrin pallo täytetään varjoaineel-



la jolloin stentti jää pysyvästi suonen seinämään. Stentin asentamisen jälkeen potilaalle tulee aloittaa/tehostaa antikoagulanttilääkitystä trombin (suonensisäinen hyytymän) muodostumisen vuoksi. Pallolaajennuksen indikaationa on erityisesti yhden tai kahden sepelvaltimosuonen merkittävä ahtauma. (Holmia, ym. 2008, 213.)



KUVA 1. Katetrin kuljetus sepelvaltimoon. (Holmia, ym. 2008, 213.)

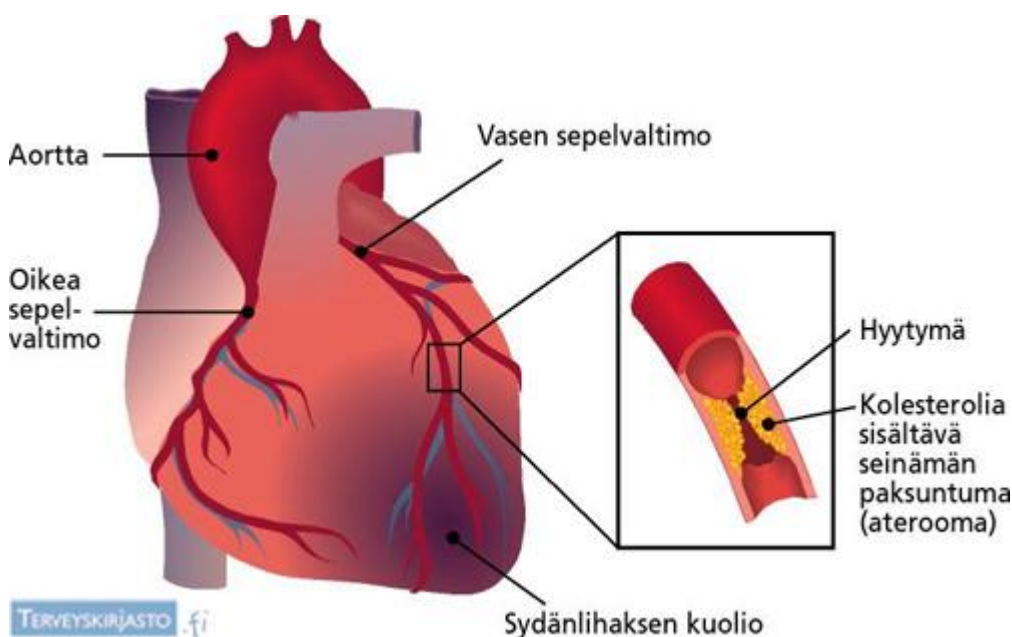
Ohitusleikkaus toimenpiteenä on yleinen vakavaa sepelvaltimotautia sairastavan potilaan hoitotoimenpide. Ohitusleikkauksessa käytetään omia laskimoita ja valtimoita siirteinä. Laskimona yleensä käytetään jalkavarren suurta tai pientä iholaskimoa ja valtimosiirteinä vasenta rintakehän sisävaltimoa. (Hakala, Mustonen & Suurmunne. 2007, 4313-4318.) Ohitusleikkauksen tarve on, mikäli potilaalla todetaan vasemman sepelvaltimon päärunгон ahtauma tai sepelvaltimotauti on laaja-alainen. Leikkaukseen päädyttyä potilaan elinennuste täytyy olla yli kaksi vuotta, eikä potilaalla saa olla leikkauksriskkejä kohottavia tekijöitä. Suositusten mukaan vasemman sepelvaltimon päärunгон merkittävä ahtauma tulisi hoitaa leikkauksella. Jos potilaalla on eteen laskevan haaran tyviahtauma ja niin kutsuttu kolmisuonitauti niin leikkaushoito on ensisijainen hoitomenetelmä. Ei niin laaja-alaisissa ahtaumissa kuten yhden tai kahden suonentaudissa ensisijainen hoito on muu hoito esim. pallolaajennus, mutta mikäli pallolaajennuksella ei päästä haluttuun hoitotulokseen niin leikkaushoito on mahdollinen. (Kettunen, ym. 2011, 293-294.)

Ohitusleikkauksen vasta-aiheita ovat potilaan lyhyt eliniän ennuste esim. jos potilaalla pitkälle edennyt syöpä tai pitkälle edennyt dementia tai oletus ettei potilas selviä leikkauksesta. Ennen ohitusleikkaus päätöstä huomioidaan aina potilaan kokonaistilanne. Tär-

keitä asioita mm. on potilaan ikä, aikaisemmat verenkiertohäiriöt sekä keuhkojen ja munuaisten toiminta. (Kettunen, ym. 2011, 294.)

### 5.7 Sydäninfarkti

Sepelvaltimotautikohtauksella tarkoitetaan sepelvaltimoiden eli sydämen oman verenkierron äkillistä vähenemistä tai sen kokonaan loppumista. Tämä johtuu ateroskleroottisen plakin repeytymisestä äkillisesti jonka seurauksena on veri hyytymän synty, joka voi aiheuttaa tukoksen sydämen omiin verisuoniin. (Kervinen 2011.) Verenkierron estyminen sepelvaltimoissa (Kuva 2) aiheuttaa hapenpuutetta sydämessä, josta seuraa sydänlihaksessa kuoliota. Tätä pidetään sepelvaltimotaudin pahimpana jälkitilana, joka voi olla hyvin kohtalokas. (Mustajoki 2012). Kyseistä tilaa voidaan kutsua akuutiksi sepelvaltimo-oireyhtymäksi, joka voi olla tyypiltään kliinisesti ST- nousuinfarkti tai akuutti sepelvaltimo-oireyhtymä ilman ST- nousua (Sydäninfarkti ilman ST- nousuja, epästabili angina pectoris) (Kervinen 2011). Vuosittain tähän sairastuu noin 25 000 henkilöä Suomessa, johon menehtyy noin 13 000 henkilöä (Mustajoki 2012).

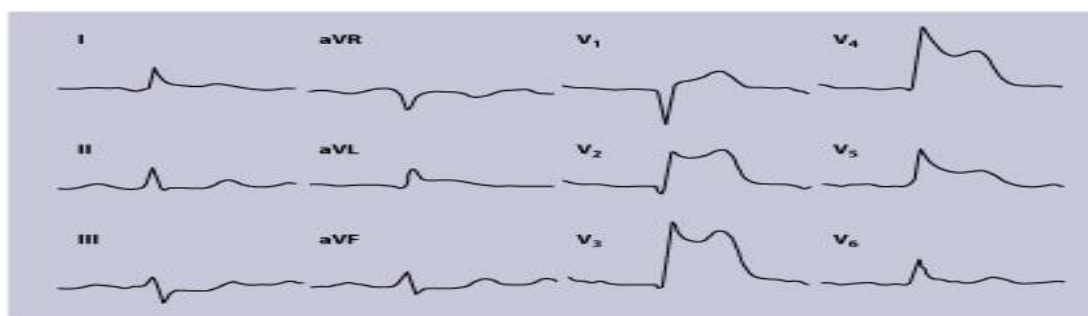


KUVA 2. Verenkierron estyminen ja sydäninfarktin syntyminen. (Mustajoki 2012)

Sydäninfarktin taustalla on pitkäaikainen sepelvaltimotauti. Sydäninfarktin oireet ovat samankaltaisia kuin sepelvaltimotaudissa, mutta kipu voi olla erittäin kovaa ja potilaalle voi ilmestyä samanaikaisesti kylmähiki. Kipu voi olla jatkuvaa, ankaraa ja pysyä samantyyppisenä pitkään. Sydäninfarkti voi aiheuttaa myös rytmihäiriöitä kuten kammiovä-

rinää, josta voi seurata pahimmassa tapauksessa kuolema. (Mustajoki 2012.) Noin 10% sydäninfarkti potilaista ovat kivuttomia sairaalassa. Erityisesti iäkkäillä ihmisillä sydäninfarktin oireena voivat olla pelkästään yleistilanlasku ja hengenahdistus, joka todetaan vasta jälkikäteen kuvantamistutkimuksella tai EKG:ssä. Yli 20 minuutin kestoista rintakipua pidetään viitteellisenä rajana infarktille. Kipu säteilee laaja-alaisena rintalastan alta yläraajoihin, leukaan sekä voi heijastua koko kehoon. Kipu voi alkaa nopeasti ja lisääntyä minuuteissa. Potilaalla voi esiintyä pahoinvointia, oksentelua sekä kylmähikiä. (Nikus, Porela, Heikkilä & Voipio-Pulkki, 2008.)

Sydäninfarkti todetaan potilaan anamneesin avulla, kliinisten tutkimusten sekä sen löydösten perusteella. EKG löydöstä pidetään keskeisenä diagnoosina laboratoriotutkimusten ohella, joilla selvitetään sydänlihaskvaurion merkkiaineiden kohoamista veressä. Mikäli laboratoriotutkimukset ovat negatiiviset, niin oireyhtymä luokitellaan epästabiili angina pectoris oireeksi. EKG tulisi ottaa mahdollisuuksien mukaan kipujen ja oireiden aikana, jolloin sitä voidaan verrata vanhoihin nauhoihin. (Käypähoito 2009.) Kuvassa 3 esiintyy EKG:ssä ST- nousuinfarkti  $V_2$ – $V_4$  kytkennöissä (Nikus ym. 2008).



KUVA 3. ST- nousuinfarkti  $V_2$ – $V_4$  kytkennöissä. (Nikus ym. 2008.)

Muita kliinisiä sydäninfarktiperäisiä löydöksiä voivat olla kivun aiheuttama verenpaineen nousu, bradykardia, lievä takykardia, hypotonia sekä mahdollinen eteiskammionkatkos riippuen infarktin sijainnista. Sydäninfarktin komplikaationa voi kehittyä hiippaläppävuoto, josta voi seurata hemodynaaminen romahdus. Lisäksi Infarkti voi johtaa sokkiin tai vaikeaan sydämen vajatoimintaan. (Käypähoito 2009.)

## 5.8 Sydänsairauksien psykososiaaliset riskitekijät

Sydänsairauksien riskitekijöitä on useita. Tutkittuja riskitekijöitä ovat ainakin tupakka, kohonnut verenpaine, liikkumattomuus ja kohonnut veren kolesterolitaso ja sokeripitoisuus. Tämän lisäksi on olemassa psyykkiset, sosiaaliset ja käyttäytymiseen liittyvät tekijät, jotka tunnetaan omina vaaratekijöinä. (Rantala 2009.)

Tunteiden ja persoonallisuuden on todettu vaikuttavan myös sydän- ja verenkiertotautien syntyyn. Ihmiset joilla on lähinnä kielteisiä tunteita, sekä sosiaalisia ongelmia tuntevat usein itsensä surulliseksi. Heidän elämänsä asenteensa on yleensä negatiivinen ja suhtautuminen toisiin ihmisiin on usein vihamielistä, sekä he ovat kykenemättömiä ilmaisemaan avoimesti omia ajatuksiaan ja asenteitaan. Näillä henkilöillä esiintyy usein liikalihavuutta sekä epäterveellisiä ruokailutottumuksia. Näiden piirteiden on todettu edesauttavan monenlaisten sairauksien syntyä, kuten sepelvaltimotaudin ja sydämen vajaatoiminnan. (Rantala 2009.)

Muita sydänsairauksien psykososiaalisia vaaratekijöitä ovat ahdistuneisuus sekä masentuneisuus, stressi ja sosiaalisen tuen puute. Näillä on todettu olevan suuri merkitys sydämen terveyteen. Ahdistuneen ihmisen on vaikeaa hallita omia elämäntapoja kuten alkoholin käyttöä, painonhallintaa, tupakointia ja sosiaalisia suhteita. (Rantala 2009.) Masentuneisuus aiheuttaa elämänhalun katoamista ja vaikeuttaa elämänhallintaa. Tämän seurauksena voi esiintyä seksuaalista haluttomuutta, ruokahaluttomuutta, suorituskyvyn ja oman arvon tunteen laskua. Vaikeasti masentuneella saattaa esiintyä itse tuhoisuuden tunteita. (Rantala 2009.) Sepelvaltimotautipotilaiden joukossa masentuneisuus on hyvin yleistä ja osalla se voi olla diagnosoimaton (Lukkarinen 1999).

Hoitoalan ammattilaisten tulisi ottaa huomioon mahdollisen sydänsairauden aiheuttaman masennuksen, joka vaikuttaa myös sydämen hyvinvointiin. Tämä aiheuttaa verenkierron suurien stressihormonipitoisuuksien, josta seuraa sykkeen nousua ja voi aiheuttaa vaikeita rytmihäiriöitä. Liiallinen stressi aiheuttaa tiivistynyttä hengitystä ja hikoilua. Pitkään jatkunut stressi vaurioittaa sydän- ja verenkiertojärjestelmää. Muita psykososiaalisia vaaratekijöitä ovat mm. yksinäisyys, jonka on todettu vaikuttavan sydänsairauksiin. Yksinäisyys aiheuttaa jopa kolminkertaisen riskin sairastua sepelvaltimotautiin. (Rantala 2009.)

## 5.9 Elämänlaatu ja hoidon vaikuttavuus

Sepelvaltimopotilaan elämänlaatu sisältää sosiaalisen, fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn. Tämän perusteella arvioidaan myös hoidon tulosta. Pallolaajennus ja ohitusleikkaus ovat nykypäivänä merkitsevä ja tehokas hoitomuoto lääkehoidon lisäksi. Lukkari- sen ja Hentisen tutkimuksessa (2005) on tutkittu näiden hoitomuotojen merkitsevyyttä sepelvaltimotautipotilaan elämänlaadussa. Tuloksia pidetään erittäin merkitseväenä ja positiivisena sepelvaltimotautipotilaan elämänlaadun paranemisessa. Tutkimuksen mukaan pallolaajennus- ja ohitusleikkauspotilaan elämänlaatu parani merkitsevästi ensimmäisen vuoden aikana toimenpiteestä. Kivuttomuus, tarmokkuus sekä liikkuminen säily ja parani seuraavan kahdeksan vuoden aikana. Myös tunnereaktiot ja uni paranivat, joka heijastui positiivisesti psyykkisenä, sosiaalisena ja fyysisenä tasapainona. Tutkimuksessa siis todettiin sepelvaltimotautipotilaan elämänlaadun paranemista useilla eri ulottuvuuksilla. (Lukkarinen & Hentinen, 2005, 3845-3848.)

Tutkimuksen mukaan pelkällä lääkehoidolla ei havaittu merkitseviä parannuksia tai muutoksia elämänlaadussa. Lääkehoidon ollessa riittämätön tulisi harkita pallolaajennusta tai ohitusleikkausta, riippuen siitä kumpi paremmin soveltuu potilaalle. Näillä molemmilla hoitomenetelmillä on merkitsevä vaikutus myös uusien sydänkohtauksien määrään, kuolleisuuteen, sekä potilaan hyvään elämänlaatuun. (Lukkarinen & Hentinen 2005, 3846-3848.)

On myös tutkittu sydänjärjestön neuvonta- ja ryhmätoiminta ohjelman vaikutuksia, jotka ovat vaikuttaneet erittäin positiivisesti sepelvaltimotautipotilaan elämänlaatuun. Näitä positiivisia vaikutuksia ovat masennusoireiden väheneminen, kokonaiskolesterolin erityisesti LDL-arvon laskeminen sekä omaan hoitoon sitoutuminen. Lisäksi liikunta interventiolla on positiiviset vaikutukset potilaan elämänlaatuun, jossa fyysinen aktiivisuus edistää iäkkäiden hyvinvointia ja parantaa sekä ylläpitää toimintakykyä. (Salmi- nen, Vahlberg, Isoaho, Sintonen, Verronen & Kivelä, 2004, 3857-3859.) Nykyiset strategiat käsittävät seurannan, intensiivisen ruokavaliomuutoksen, yksilö- ja ryhmäliikun- nan, valmennuksen, ryhmätapaamiset, sekä opetusta elämäntapa muutoksiin ja muodol- lisen sydänkuntoutusohjelman (Cobb, Brown & Davis 2006).

Tulevaisuuden haasteena pidetään sydänjärjestön neuvonta- ja ryhmätoiminnan riittä- vyyttä. Potilaat jotka tarvitsevat erityisesti fyysistä ja sosiaalista kuntoutusta sekä var-

sinkin heikossa asemassa olevat potilaat hyötyvät sydänjärjestön palveluista eniten. Tämän vuoksi on syytä poimia erityisesti heikossa asemassa olevat potilaat erilaisiin kuntoutusjärjestöihin, jota pidetään myös haasteellisena. (Salminen ym. 2004, 3858-3859.) Tutkimuksien mukaan järjestetyt kuntoutukset ja siihen osallistuvien potilaiden elämänlaatu on parempi verrattuna niihin potilaisiin jotka eivät osallistuneet kuntoutukseen. (Lukkarinen & Hentinen, 2005, 3848). Haasteena on myös ohjelman sisällön kehittäminen, jossa tavoitteena on hyvä elämänlaatu (Salminen ym. 2004, 3858-3859).

## 6 SEPELVALTIMOTAUTIPOTILAAN OHJAUS

Ohjaus on tärkeä osa hoitoprosessia ja potilaan kuntoutusta. Ohjaus tulee antaa potilaalle kirjallisena, suullisena, sekä tarpeen vaatiessa käytännössä näyttäen. Hyvään ohjaukseen kuuluu eettiset ohjeet ja keskeisimmät arvot, jotka ovat itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, terveyden edistäminen ja ihmiselämän suojelu. Potilasohjaus on tavoitteellista toimintaa, jonka tarkoituksena on edistää potilaan tiedonsaantia, tukea terveyteen liittyvissä ongelmissa ja varmistaa hoidon hallintaa (Leino-Kilpi & Välimäki 2009 166-167.)

### 6.1 Sepelvaltimotautipotilaan ohjauksessa keskeisiä ongelmia

Hoitohenkilökunnan velvollisuus on antaa ohjausta potilaalle hänen nykysairaudestaan, yhteisymmärryksessä potilaan kanssa (Laki potilaan asetuksista ja oikeuksista. 1992/785,5 §). Nykypäivänä lyhyiden sairaalahoitajaksojen, saumattomien palveluketjujen puuttumisen sekä terveydenhuollon resurssipulan seurauksena sekundaaripreventio (sairauden pahenemisen ehkäisy) ei toteudu optimaalisesti (paras mahdollinen). Osittain tämän vuoksi potilaat eivät ehdi saamaan sairaalassaoloaikana riittävästi tietoa omasta sairaudestaan, sen ennusteesta ja vaaratekijöistä tai vaikeusasteesta. Henkilökunnan ja potilaiden mielestä ohjausmenetelmien hallinta, henkilökunnan tieto-taitotaso sekä ohjaukseen varattu aika ovat riittämättömiä. (Kähkönen, Saaranen & Kankkunen 2012.)

Ojalan, Hautamäen & Rissasen (2007) tutkimuksessa todetaan, että varsinkin terveydenhuollossa sepelvaltimotaudin riskitekijät ovat keskeisessä asemassa kuntoutustarpeen arvioinnissa. Tutkimuksen mukaan kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa on erityisen tärkeää sosiaalinen sekä psyykinen tuki. Hoitajien näkökulmasta asianmukainen ohjaus ja tiedon saanti sepelvaltimotautisairaudesta vähentävät psykososiaalisia tekijöitä. Oikeanlainen kuntoutus ja sen tarve on erittäin tärkeä edellytys elämäntapamuutokselle (Ojala, Hautamäki, Rissanen 2007.) ja pitäisi olla osana kotiutuskriteereitä.

## 6.2 Ohjauksen tärkeitä kulmakiviä

Tutkimuksen mukaan potilasohjauksessa kehitettäviä asioita ovat ohjauksen sisältö, menetelmä sekä sen ajoitus. Ohjauksen pitäisi olla ymmärrettävää, johdonmukaista ja potilaslähtöistä. Myös potilaalle olisi tärkeää antaa aikaa kysymyksiin sekä aktiiviseen osallistumiseen. Läheisten merkitys potilaiden toipumisessa on tärkeä asia, joten heidän osallistuminen ja tiedon saanti on erittäin tärkeää ohjauksessa. Tutkimuksen mukaan akuuttivaiheessa potilaat saavat liikaa tietoa, joten ohjauksen painopiste tulisi siirtää sairaalavaiheen jälkeiseen aikaan. (Kähkönen, ym. 2012.)

Huomiota herättäviä asioita tutkimuksessa ovat sukupuolten välillä olevat erot ohjaustarpeissa. Naiset toivovat määrällisesti enemmän ohjausta ja ohjauksen sisältönä tulisi olla arkielämästä selviytymistä sekä henkistä tukea. Tämä asia näkyy uusien sairaalajaksojen määristä, joita naisilla on enemmän kuin miehillä. Miesten ohjaustarpeet ovat pikemminkin taloudellisia sekä seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä. Yksinelävien sekä ikääntyneiden ohjaukseen tulisi panostaa enemmän, jonka tavoitteena mm. on saada heitä mukaan mahdollisille intervallijaksoille. Tutkimuksessa tärkeimpiä yksittäisiä havaintoja ovat potilaiden kuntoutuksen puutteellisuus ja jatkohoidon epäselvyys, joka jää noin puolella potilaista omalle vastuulle. Myös sydänkuntoutus käyntien määrä on vähäinen, vaikka tulosten tiedetään olevan pääsääntöisesti hyviä. (Kähkönen, ym. 2012.)

## 6.3 Kirjallinen ohjaus

Kirjallinen ohjaus antaa mahdollisuuden potilaalle tutustua rauhassa asiaan ja omaksua tietoa omassa ajassa. Kirjallisen ohjauksen tehtävänä on tukea suullista ohjausta eikä kirjallinen ohjaus pelkästään ole riittävä. Hoitohenkilökunnan tulee käydä yhdessä potilaan kanssa läpi kirjalliset ohjeet, näin saadaan varmistus siitä että potilas ymmärtää ohjeet oikein. Kirjallinen ohjaus vaatii järjestelmällisyyttä ja erityisesti aikaa, että potilas ehtii ymmärtämään ja muodostamaan käsityksen, sekä esittää tarvittaessa lisäkysymyksiä. Aikaa säästääkseen voidaan hoito-ohjeet käsitellä ryhmässä potilaiden kanssa. (Iivanainen & Syväoja 2009, 539-540.)



## 6.4 Suullinen ohjaus

Suullisessa ohjauksessa hoitajan ammattitaito ja rooli korostuu. Hoitajan täytyy osata kertoa tärkeimmät ja keskeisimmät asiat sepelvaltimotaudista potilaalle niin että tieto on selkeää ja potilas ymmärtää ohjauksen merkityksen. Ohjauksessa pyritään välttämään ammattisanastoa, että potilaan on helppo ymmärtää eikä väärinkäsityksiä syntyisi. Ohjaukseen tulisi varata riittävästi aikaa, jotta potilaalla olisi mahdollisuus lisäkysymyksiin. (Kesäniemi & Salomaa 2009.) Suullisessa sekä kirjallisessa ohjauksessa tulisi kiinnittää ehdottomasti huomiota primaaripreventioon, sekä erityisesti sekundaaripreventioon yksilötason kannalta (Kesäniemi & Salomaa 2009).

## 6.5 Ohjauksessa käsiteltävät asiat

Sepelvaltimotautipotilaan ohjauksessa tulisi kiinnittää erityistä huomiota elämäntapoihin, riskitekijöihin sekä ehkäisyohjeisiin. Elämäntavoilla on keskeinen vaikutus sairauksissa, suurimmat riskitekijät ovat epäterveellinen ruokavalio, vähäinen liikunta ja tupakointi. Muita riskitekijöitä ovat diabetes, suuri veren triglyseridien eli neutraalirasvojen pitoisuus, lihavuus sekä veren hyytymistekijä häiriöt. (Kesäniemi & Salomaa 2009.) Ehkäisyohjeiden ja primaariprevention tavoitteena on tasapainottaa kappaleessa mainitsemia asioita. Käytännössä tämä tarkoittaa tupakoinnin lopettamista, ruokailutottumusten muuttamista (tyyydyttymättömien rasvojen ja ravintokuidun saannin lisääminen, ruokasuolan käytön rajoittaminen) sekä liikunnan säännöllinen harrastaminen ja painon hallinta. (Kesäniemi & Salomaa 2009.)

## 7 SEPELVALTIMOTAUTIPOTILAAN KOTIUTUS

### 7.1 Kotiutuksen ongelmat ja ristiriidat

Kotiutus on erittäin kriittistä ja haavoittuvaa aikaa potilaille, erityisesti iäkkäille vanhuksille, joilla on monimuotoisia hoidon ja tuen tarpeita (Koponen 2003). Aikaisen kotiutuksen trendi voi johtaa suurempaan tuen tarpeeseen kotona ja kuormittaa siten perheenjäseniä (Coffey & McCarthy 2012, 178). Yleisesti potilaat käsittelevät oman hoitoprosessinsa kokonaisuutena, jolloin ongelmaksi muodostuu erilaisten organisaatioiden väliset työnkuvat ja siihen liittyen vastuun siirtäminen sekä kokonaistilanteen epäselvyys. Potilaat eivät siis pilko omaa hoitoprosessia palasiksi kuten ammattilaiset tekevät eri organisaatioiden välillä. (Mäkelä & Kivelä 2009.) NHS (National Healthcare Services) katsoo että hoitoprosessin pitäisi muodostua potilaan näkökulmasta, jossa tuloksen tulisi olla jaettavissa muiden hoitoon osallistuvien kanssa. NHS kokee myös hoitoprosessin ongelmaksi hoitokokonaisuuden pilkkoutumista eri toimijoiden välillä. (Department of Health 2001.)

Sairaalaosastolla olemista voidaan kuvailla potilaiden näkökulmasta vastaavana asiana kuin luopuisi normaalista elämänarjesta. Osastoaika voidaan jakaa kahteen osaan 1. lääkärinkierrot, mahdolliset tutkimukset ja muut tapahtumat osastolla. 2. Vapaa-aika eli edellä mainitusta asioista ulkopuolella jäävä aika, joka on kaikista tyypillisin aika. (Lämsä & Mäkelä 2009, 2553-2554.)

Ongelman lähtökohtana ovat yleensä osastolla potilaiden tiedonpuute, potilaiden uskaltaminen kysyä omasta sairaudestaan ja henkilökunnan kiireellisyys. Nämä asiat ahdistavat ja aiheuttavat epävarmuutta potilaille. Lisäksi potilailla ei ole kokonaiskäsitystä omasta hoidosta ja sen etenemisestä sekä hoidon ajankohdasta. Päätelmänä voidaan pitää, että potilaat kokevat olevansa ulkopuolisia itseään koskevissa asioissa. (Lämsä & Mäkelä 2009.) Potilaista riittämätön tieto haittaa kotiutuksen alkuvaihetta varsinkin kun kaikkia tarpeita ei pystytä täyttämään. NHS (National Health Service) ja potilaat toivovat osahoidon siirtyvän sairaalan jälkeiseen aikaan kuten esimerkiksi kotihoitoon. Samalla NHS kokee tarpeelliseksi vähentää sairaalassaoloaikaa ja välttää uudelleen ns. hätäisiä sisäänottoja takaisin sairaalaan, joilla uskotaan olevan merkittäviä säästöjä. (Glasper 2012, 1352-1353.)

Usein potilaan elämäntilanne ja toimintakyky vaikuttavat potilaan pysymiseen osastolla. Osaston tehokkuusvaatimukset ja lääketieteelliset perusteet taas määräävät potilaan kotiutuksen. Tässä asiassa moninaisuus aiheuttaa ristiriitoja kotiutuksessa ja saattaa johtaa potilaan, lääkärin, hoitajan tai muiden ammattilaisten näkemyseroihin ja pahimmassa tapauksessa jopa riitoihin. Kotiutuksessa on otettava huomioon potilaan toimintakyky ja elämäntilanne. Ongelmaksi asiassa muodostuu sairaalan tehokkuusvaatimukset, jotka voivat olla hyvin määrääviä vaikka muut perusteet todistaisivat toista. (Lämsä & Mäkelä 2009, 2555-2557.) Kotiutuksessa päätöksentekoaika on usein lyhyt ja samalla täytyy järjestää jatkohoitoa ja muita palveluita. Tämä johtuu lyhentyneestä hoitoajasta sairaalassa. (Pöyry & Perälä 2003.)

Kotiutuksessa ongelmia ovat potilaiden näkökulmasta riittämätön ohjaus, jatkohoidon epäselvyys ja vastuunotto hoidon kokonaisuudesta ammattilaisten välillä. Henkilökunnan näkökulmasta osittaisena ongelmana pidetään lyhentyneitä hoitoaikoja erikoissairaanhoidossa ja sen seurauksena on jatkuva kiire osastolla. Myös henkilökunnan mielestä ohjausta tulisi tehostaa ja kehittää. Erityisesti sepelvaltimotautipotilaat kokivat ongelmallisiksi edellä mainittuja asioita ja noin 90% sepelvaltimotautipotilaista eivät tienneet missä heidän jatkohoito tapahtuu. (Mäkelä & Kivelä 2009.) Ohjauksen ongelmana on myös sen ajoittaminen, joka tapahtuu yleensä vasta kotiutustilanteessa. Potilas ei välttämättä tällöin sisäistä tietoa omasta sairaudestaan ja sen hoidosta, koska tietoa tulee paljon kerralla. Ohjauksen haasteena on potilaan motivoiminen, ohjaukseen osallistuminen aktiivisesti, mukaan lukien omaiset sekä potilaan sitoutuminen omaan hoitoon. (Kähkönen, ym. 2012; Mäkelä & Kivelä 2009.)

Rahkosen tutkimuksen (2010) mukaan kotiutuksessa merkittäviä epäkohtia ovat hoitokäytänteet (jatkohoidon epäselvyys), potilasohjaus (yleisesti tietämättömyys omasta sairaudesta), kotiutuksen jälkeiset sairauden aiheuttamat mahdolliset psyykkiset tekijät, toimintaohjeet ja avuntarpeen selvittäminen arjessa. Lisäksi epäonnistumisia on havaittu hoitotyössä ja lääketieteellisissä tapahtumissa, kuten hoidon haittatapahtumat ja haittavaikutukset lääkityksessä. Tutkimuksessa myös todettiin logistisia epäkohtia ja voimavarojen puutteita, jotka aiheuttavat mm. papereiden viivästymisiä. (Rahkonen 2010.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kattavaan kyselyyn vastanneista kokee ongelmalliseksi kotiutuksessa tiedonkulun, äkilliset kotiutukset, huonon valmistelun kotiut-

tuksessa, ennenaikaiset kotiutukset ja niiden ennakoimattomuus. Kotiutukseen liittyviä ongelmia olivat myös potilaan omapäätös ja näkemyserot, sekä eri kulttuurista tulevat potilaat. Ongelmana koettiin myös sairaanhoitajan ja lääkärin päällekkäiset työt, jonka vuoksi sairaanhoitaja joutuu usein varmistamaan ja odottamaan kotiutukseen liittyviä asioita lääkäriltä. (Mäkelä & Kivelä 2009.)

## 7.2 Kehitettävät asiat kotiutuksessa

Kotiutussuunnitelmaa tulisi selkeyttää ja suunnitella yhteistyössä eri toimijoiden välillä, jonka tuloksena tulisi olla hoidon saumattomuus ja sen varmistus. Kotiutusprosessissa työnjako tulisi selkeyttää eri ammattilaisten välillä. Kotiutuksessa pitäisi hahmottaa potilaan hoidon kokonaisuus, joten pelkkä kliininen kuva potilaasta ei ole riittävä syy kotiutukseen ja huomioon tulisi myös ottaa toimintakyky, tarvittava tuki ja ohjaus. (Mäkelä & Kivelä 2009.) Hoitoketjua tulisi selkeyttää eri organisaatioiden välisellä lähetekäytännöllä, työnjaolla ja kuntoutuksella. Kuntoutuksen ja jatkohoidon tulee olla osana potilaiden katkeamatonta hoitoketjua. (Rahkonen 2010.)

Moniammatillista kotiutusta tulisi tehostaa ja myös potilaat sekä heidän omaisensa tulisi ottaa mukaan päätöksentekoihin entistä paremmin. Potilaan tarpeen selkeä arviointi, mukaan lukien toimintakyky sekä kokonaistilanteen kartoitus edistävät kotiutusta. (Mäkelä & Kivelä 2009.) Sepelvaltimopotilaan elämänlaadun mittarina toimii sosiaalinen, fyysinen ja psyykinen toimintakyky, jonka perusteella arvioidaan myös hoidon tulosta. Hoidon tulosta tulisi arvioida huolellisesti joka päivä, jotta kotiutuksessa voidaan edistyä. (Lukkarinen & Hentinen, 2005, 3845-3848.)

Monisairas ja iäkäs ihminen saattaa tarvita kotona paljon erilaista tukea, hoitojärjestelyitä ja kotikäyntejä. Kotiutus vaatii erityistä huomiota kun potilas on ollut pitkään osastolla ja potilaan sosiaalinen tilanne tai terveydentila on laskenut entistä huonompaan suuntaan hoidon aikana. Lisäksi tulisi kiinnittää erityistä huomiota potilasohjauksessa ja kuntoutuksen saatavuudessa ja sen varmistamisessa, myös potilaan ollessa erikoishoidossa tai saattohoitovaiheessa. (Luhtasaari 2012.) Ohjausta tulisi antaa enemmän myös perheenjäsenille, jotka jäävät usein vähäiselle huomiolle. (Coffey & McCarthy 2012, 177-178.) Sepelvaltimotautipotilaan kotiutuksessa tulisi hyödyntää mm. sydänhoitajaa ohjauksessa ja kotiutussuunnitelmassa (Mäkelä & Kivelä 2009).

Voidaksemme kehittää kotiutusta on huomioitava myös asioita, joissa epäonnistumme, varsinkin potilaiden näkökulmasta. Näitä kehitettäviä asioita ovat sepelvaltimotautipotilaan kotiutuksessa erityisesti hoitokäytänteet, jatkohoidon varmistaminen, potilasohjauksen riittävän saatavuuden varmistaminen (mukaan lukien omaiset) ja kotona selviämisen arviointi sekä avuntarpeet. (Rahkonen 2010.) Jälkihoidossa kehitettäviä asioita ovat potilasohjaus (tiedonsaanti ongelmat, tiedonkulku), hoitoympäristö (osastonruuhka/kiire, levoton ympäristö, paikallaan olo) ja hoitokäytänteet kuten lyhyet hoitojaksot. Potilaan näkökulmasta sairauden aiheuttama kriisi ja sen ymmärtämättömyys voivat hidasta sairauden paranemista. (Rahkonen 2010.)

Tiedonkulkua pitäisi kehittää ja selkeyttää eri organisaatioiden ja ammattilaisten välillä huomioimalla potilaan kokonaishoito, jatkohoito, ohjauksen saatavuus ja sen puute sekä mahdollinen tuen tarve. Tiedonkulun tulisi olla nopeaa ja jouhevaa. Tämän tarkoituksena on hoidon saumattomuus ja sen varmistaminen jatkohoitopaikkaan, sekä asianomaisten pitäminen ajan tasalla potilaan hoidosta. Mahdollinen jatkohoito tulisi varmistaa ajoissa ja tiedottaa siitä potilaalle. (Pöyry & Perälä 2003; Mäkelä & Kivelä 2009.) Yleisesti huoli ja pelko kotona selviytymisessä tulee esille iäkkäillä ihmisillä. Erilaisten palveluiden mahdollisuudet ja saatavuudet tulisi tuoda hyvin esille kotiutuville potilaille. (Pöyry & Perälä 2003.)

### 7.3 Sepelvaltimotautipotilaan kotiutus ja sen kriteerit

Potilaan kotiutuksen tai jatkohoidon suunnittelu tulisi aloittaa mahdollisuuksien mukaan etukäteen ja tällä tarkoitetaan potilaalle ennen sairaalaan tuloa annettavaa informaatiota omasta sairaudestaan, toipumisajasta, hoitotapahtumasta ja sen kestosta. (Glasper 2012, 1353 ; Mäkelä & Kivelä 2009.) Tämän tavoitteena on välttää uudelleen sairaalaan joutumista ja sairaalassa olemista muista epäselvistä kuin lääketieteellisistä syistä. Tämä vaati riittävästi tietoa potilaasta ja erityisesti hänen toimintakyvystä, jonka tulisi olla tiedossa hoitajilla ja lääkäreillä. (Mäkelä & Kivelä 2009.)

Lämsän ja Mäkelän tutkimuksessa (2009) todetaan, että sairaalaosastoilla käytetään erilaisia lähtökohtia ja perusteluita potilaan kotiutukseen. Perusteluita kotiutukseen ovat mm. sairaalan tehokkuusvaatimukset, potilaan toimintakyky, elämäntilanne sekä lääke-

tieteelliset syyt. Näitä voidaan pitää myös kotiutuskriteereinä. Lääketieteellinen perustelu tarkoittaa potilaan sairauden perustelemista kun arvioidaan sairaalassa pysymistä tai kotiutusta. Sairaalan tehokkuusvaatimuksella voidaan tarkoittaa jonossa olevia potilaita, potilaan viettämää hoitoaikaa osastolla ja osaston paikkatilannetta. Nykypäivänä hoidetaan mahdollisimman paljon potilaita lyhyillä hoitojaksoilla. Toimintakyvyn perustelulla voidaan tarkoittaa potilaan kykyä selviytyä normaalielämän arjesta, jossa huomioidaan mm. liikunta- ja asumiskyky sekä muut mahdolliset normaalielämän riippuvuudet. Elämäntilanne perustelulla voidaan tarkoittaa sosiaalisia suhteita ja mahdollisten ongelmien huomioon ottamista, kuten yksinäisyyttä ja turvattomuuden tunne omasta sairaudesta. (Lämsä & Mäkelä 2009, 2551-2557.)

Onnistuneessa kotiutuksessa tulisi ottaa huomioon kaikki edellä mainitut perusteet mukaan lukien potilaan elämäntilanteen kokonaisuus. Tämä tukisi paljon kotiutusta varsinkin kun halutaan oikea-aikaista, turvallista ja saumatonta siirtymistä kotiin tai jatkohoittoon. Lisäksi potilaan jatkohoito tulisi ohjata oikeanlaisiin hoitopaikkoihin, kun potilas ei kykene selviytymään arjesta yksin. (Lämsä & Mäkelä 2009, 2556-2557.) Tarvittaessa kotiutuksessa voidaan hyödyntää orientoitunutta kotihoitoa ja tukea, jossa eri ammattiryhmät tekevät yhteistyötä tuomalla esille erilaisia tukipalveluita potilaan kotiutuksen järjestelyihin. (Glasper 2012, 1352-1353.)

Ensimmäisestä osastopäivästä lähtien tulisi huomioida onko potilaalla minkälaisia tarpeita, jotka liittyvät kotiutukseen tai siirron suunnitteluun. Potilaille olisi hyvä luoda klininen järjestelysuunnitelma vuorokauden sisällä potilaan tulosta osastolle. Kotiutuksen tai siirron prosessi tulisi koordinoida hyvin, jolloin kotiutus etenisi tehokkaasti. Kotiutuspäivämäärästä annettava arvio tulee antaa potilaalle ja/tai läheisille mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Kotiutukseen tulisi osallistua potilaat ja hoitajat, että he voivat tehdä itsenäisesti valistuneita päätöksiä ja valintoja, jotka johtavat yksilölliseen hoitoon ja huolenpitoon. Kotiutussuunnitelmaa tulee jatkuvasti päivittää kirjaamalla potilastietojärjestelmään asioiden edistymistä. Hoitajalla tulisi olla jatkuvasti jonkun potilaan kotiutussuunnitelma vireillä. (Glasper 2012, 1352-1353; Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 68-70; Luhtasaari 2012.) Potilaan kotiutuksessa selvitetään ja suunnitellaan mahdollisten ongelmatilanteiden hallitseminen. Tulee selvittää myös kotihoidon resurssit, kodin mahdolliset rajoitteet sekä hyödynnetään kotisairaalaan tai kotisairaanhoidon palveluita. Lisäksi tulee laatia jatkohoitosuunnitelma ja pitää huolta tarvittavista jälkikontrolleista. (Iivanainen, ym. 2010, 68-70).

Rahkosen tutkimuksessa (2010) määritellään hoitoprosessia seuraavasti *"hoitoprosessi on toisiinsa liittyvien toimintojen ja tehtävien muodostuma kokonaisuus, joka alkaa potilaan tarpeesta ja päättyy potilaan tyydyttymiseen"*. Hyvä hoitoprosessi selkeyttää potilaan kotiutussuunnitelmaa, josta ammattilaisten välillä muodostuu käsitys omista tehtävistä sekä palvelukokonaisuuksista. Sepelvaltimotautipotilaiden kotiutussuunnitelman laatiminen on tarpeellista monniammatillisessa tiimissä. Kotiutuksen tulisi tapahtua hoitoneuvottelussa, johon pitäisi osallistua tarpeen mukaan potilas itse, lääkäri, sairaanhoitaja (omahoitaja), potilaan omaiset (potilaan suostumus), fysio- ja toimintaterapeutit, sosiaalityöntekijä sekä muut tarvittavat ammattilaiset. Sosiaalityöntekijän tehtävänä on tarvittaessa järjestää säännöllistä tai lyhytjaksoista intervallihoitoa. Lisäksi hänen tehtävänä on auttaa potilasta erilaisissa taloudellisissa asioissa. (Luhtasaari 2012; Mäkelä & Kivelä 2009.)

Suunnitelmalla tarkoitetaan potilaan yksilöllistä kotiutussuunnitelman luomista potilaalle. Suunnitelma luodaan ennen potilaan kotiutusta sairaalasta, tällä pyritään parantamaan hoidon tuloksellisuutta ja pienentämään aiheutuvia kustannuksia. Suunnitelma tulee aina tehdä yksilöllisesti ja se sisältää kotiutussuunnitelman, tilannearvion ja toteutuksen. Hyvä suunnitelma sisältää monniammatillisen työtavan, potilaan tarpeiden kartoituksen hyvissä ajoin sekä kotiolojen selvityksen ja arvioinnin. (Koponen 2003.) Lisäksi hoito ja palvelu suunnitelma tulisi tehdä kotihoitoon asiakkaille (Luhtasaari 2012).

Kotiutussuunnitelma prosessi voidaan määritellä nelivaiheiseksi. Nelivaiheiseen määritelmään kuuluu: potilaan avuntarpeen määrittely, kotiutussuunnitelman laatiminen, potilaan auttaminen ja hoitaminen, jolla tarkoitetaan potilaan ja perheen opettamista sairauden hoitoon ja sen arviointiin. Kotiutuksen suunnittelun onnistumisen mittarina käytetään potilaan selviytymistä kotona eli ehkäistään suunnittelemattomia sairaalakäyntejä. Useasti suunnittelemattomat sairaalakäynnit liittyvät potilaan sairauteen, palveluorganisaatioon sekä jatkohoitoon liittyvät tekijät. Tämän takia kotiutuksen suunnittelun onnistumisen mittaria tulee arvioida kriittisesti edellä mainittujen kriteereiden perusteella. (Koponen 2003; Pöyry & Perälä 2003.)

Kotiutuksen tavoitteena on muodostaa turvallinen ja hyvä lähtökohta itsenäiseen selviytymiseen, jonka tarkoituksena on selviytyä kotona hyvin ja pärjätä mahdollisimman pitkään turvallisesti. Hyvän kotiutuksen lähtökohtana on hyvä hoitosuunnitelma, jossa

on määritelty potilaan sairauden priorisointi, hoidon tavoite, hoitotyön toimintojen valitseminen, suunnitelman toteuttaminen ja hoidon tuloksen arviointi. Näiden järjestelmällinen kirjaaminen ja päivittäminen työn edistyksen mukaan on edellytys hyvään kotiutukseen. Potilaan hoidosta ja sen valinnasta sekä kotiutuksesta päättää osaston lääkäri tekemällä yhteistyötä potilaan ja muiden ammattilaisten kanssa. (Iivanainen, ym. 2010, 68-70; Luhtasaari 2012.) Omahoitajan olisi hyvä koordinoita, delegoida ja järjestää potilaan kotiutusta. Potilaalle pyritään järjestämään hyvä hoitoverkosto kotiin, jossa huomioidaan potilaan tarpeet, toivomukset ja realistiset hoitomahdollisuudet. (Luhtasaari 2012.)

Potilaan tarpeelliset perustiedot kuten perussairaudet, henkilötiedot, läheisten tiedot sekä yhteystiedot tulisi olla sähköisessä potilastietojärjestelmässä, näin päästään hoitoprosessissa helposti tietoihin käsiksi. Hyvän tiedon välittämiseen kuuluu lääkärin/hoitajien lähete ja hoitoyhteenvedo koko potilaan hoitoprosessista osastolla. Nämä tiedot tulisi kulkea eri toimijoiden välillä. Tämän tarkoituksena on taata yhteistyö eri organisaatioiden välillä, jota kutsutaan yhtenäiseksi hoitoprosessiksi. (Mäkelä & Kivelä 2009.) Kirjaaminen on erittäin tärkeä osa kotiutusta, jota pitäisi päivittää jatkuvasti potilaan terveydentilan, oireiden, toimintakyvyn, palvelun ja hoidontarpeiden tilanteissa. (Luhtasaari 2012).

Potilaan kognitiivista, sosiaalista, psyykkistä ja fyysistä toimintakykyä tulisi selvittää sairaalassaoloaikana, sekä tapauskohtaisesti ennen sairaalaan joutumista. Jos tämä ei ole selvillä voidaan potilaan suostumuksella selvittää tietoja esimerkiksi omaisilta tai ottaa yhteyttä aikaisempiin hoitotahoihin. Potilaasta tehdään toimintakyvyn kartoitus kotona selviytymistä varten, jossa huomioidaan tarvittavat turvallisuusasiat. (Pöyry & Perälä 2003.)

Kotiutuessa omahoitajan tehtävänä on katsoa, että hoitotyön yhteenvedo, epikriisi, reseptit, ensimmäisen vuorokauden lääkitys ja mahdolliset tiedot jälkikontrolleista ovat valmiina. Potilaalle annetaan heti mukaan tai toimitetaan anomukset lääkekorvattavuudesta, kuljetustuesta, hoitotuesta ja hoidon yhteenvedosta. Omaisille ilmoitetaan kotiutuksesta. Potilaalle tehdään alkujärjestelyt kotona kuten mahdollisten hoitovälineiden, lääkitysten, ja apuvälineiden hankinta. Kotiutuessa tilataan potilaalle tarvittaessa kuljetus (ambulanssi, taksi, tai invataksi) kotiin. Kuntoutussuunnitelmaa tulisi tehdä sairaalavaiheen lopussa jokaiselle sepelvaltimopotilaille sopimalla siitä minne hoitoilmoitustie-



dot ja suunnitelma lähetetään potilaan kanssa. Potilaalla olisi hyvä olla omalääkäri joko omassa terveyskeskuksessa, työterveyshuollossa tai yksityissektorilla. (Luhtasaari 2012.) Sairasloman pituutta tulisi arvioida yksilöllisesti. Varsinkin iäkkäiden potilaiden kotona selviytymistä tulisi selvittää ja varmistaa paremmin. (Rissanen, Kallanranta & Suikkanen 2008, 364.)

On todettu, että omaisten huoli, pelot ja stressi voivat hidastaa potilaan toipumista, joten omaisia tulisi tiedottaa sairaudesta, sen luonteesta, suositelluista elämäntapamuutoksista sekä jatkohoidoista. Infarktipotilaille seurantakäynti järjestetään 3-4 viikon päähän sairaalavaiheen jälkeen. Potilaat voivat siirtyä erikoissairaanhoidosta terveyskeskuksen vuodeosaston kautta kotiin, mutta suurin osa iäkkäistä kotiutetaan suoraan. (Rissanen, Kallanranta & Suikkanen 2008, 364.) Kotiutuksen kriteereinä ovat hyvä kunto ja arjessa pärjääminen (Pöyry & Perälä 2003).

Luodakseen turvallisuuden tunnetta potilaalle, on tärkeää ohjata potilasta ja hänen omaisiaan siitä mihin tulee ottaa yhteyttä ongelmatilanteiden esiintyessä tai jos kotona asuminen itsenäisesti ei onnistuisi (Rissanen, ym. 2008, 364). Tämä auttaa ongelmatilanteiden esiintyessä potilasta hakeutumaan oikeaan paikkaan. Kotona selviytymisen seurannan arviointi ja sen vastuu siirtyy ensijäisesti potilaan omalle lääkärille ja hoitajille, joka voi olla esimerkiksi kotisairaanhoidosta tai omasta terveyskeskuksesta. (Luhtasaari 2012. )

#### 7.4 Kotiutuksen muistilista

- kotiutussuunnitelma on aloitettava esitietojen perusteella hyvissä ajoin/viimeistään ensimmäisenä hoitopäivänä
  - kotiutuspäivämäärästä annettava arvio mahdollisimman varhaisessa vaiheessa potilaalle, läheisille ja vastaanottavalle taholle
- potilaan henkilökohtainen käsitys sairauden merkityksestä
  - Kotiutukseen tulee osallistua potilaat ja hoitajat, että he voivat tehdä itsenäisesti valistuneita päätöksiä ja valintoja, jotka johtavat yksilölliseen hoitoon ja huolenpitoon
- liikunta- ja toimintakyvyn sekä muiden vaikuttavien tekijöiden kartoitus
- tukipalveluiden ja -tarpeiden (esim. apuvälineet, kodin muutostyöt) sekä jatkokuntoutustarpeen arviointi ja käynnistäminen
- läheisten tuki: potilaan suostumuksesta läheiset mukaan mahdollisimman pian

- potilaan ja läheisten ohjaus
  - akuutti ohjaus (sairaala)
  - kotihoito-ohjaus (esim. käytännön hoitotoimenpiteiden opetus)
  - jatkohoito-ohjeet sekä ohjaus- ja konsultaatiomahdollisuus
  - yhteystiedot ongelmatilanteiden esiintyessä
- potilaalle, läheisille ja vastaanottavalle taholle ilmoitetaan kotiutus- tai siirtoajan-kohta, kun lääkäri on tehnyt päätöksen kotiutuksesta
  - jos mahdollista, ilmoitus viimeistään kotiutusta tai siirtoa edeltävänä arkipäivänä
- kotiutusta tai siirtoa valmistettava edeltävinä vuorokausina mahdollisimman pitkälle
  - loppulausunto (yhteenvedo hoidosta, tutkimuksista, lääkityksestä, jatkoseurannasta), jos kirjoitettu
  - lääkelista ja reseptit
  - tarvittavat todistukset (esim. sairausloma, B-todistus, kuljetustodistus)
  - jatkohoito-ohjauslomake sekä jatkohoito- ja kuntoutusohjeet jatkohoitopaikalle
  - kotihoito-ohjeet potilaalle – yhteystiedot mahdollisille kysymyksille ja jatkohoitopaikkaan
  - hoito- ja apuvälinelähteet – ohjeistus, mistä saa
  - ilmoitus kuljetuspalveluille kotiutusta tai siirtoa edeltävänä vuorokautena
  - jatkohoidon varmistus ja tietoa siitä potilaalle
- siirto/ kotiutus
  - tilataan kyyti (taksi, ambulanssi, invataksi)
  - potilaalle tarvittavat paperit/dokumentit
  - siirtoilmoitus, kerrotaan potilaalle/omaiselle siirron vahvistuksesta, yhteys- ja tietolomake potilaasta jatkohoitopaikkaan
  - asioiden tarkistus potilaalta

Lähteet: Glasper 2012; Luhtasaari 2012; Mäkelä & Kivelä 2009; Koponen 2003; Lämsä & Mäkelä 2009.

## 8 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoitus oli tuottaa hoitohenkilökunnalle sepelvaltimotautipotilaan kotiutuskriteereitä, josta muodostaa kotiutukseen liittyvää muistilista. Saimme aiheemme työelämästä, jonka he kokivat tarpeelliseksi. Työelämäpalaverissa tehtiin alustava suunnitelma tuotoksesta yhdessä työelämäyhteys henkilöiden kanssa. Tuotoksen painottuva opinnäytetyö vastaa osaston tarvetta.

Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää mitä kuuluu sepelvaltimotautipotilaan kotiutusprosessiin ja mitä kotiutuskriteereitä on sepelvaltimotauti potilaalle. Tavoitteena oli laatia sepelvaltimotautipotilaan kotiutusta tukeva muistilista hoitajien työvälineeksi. Teoriakatsauksessa käytiin läpi sydän ja verisuonisairauksien käsitteitä kuten sepelvaltimotautia ja sydäninfarktia. Otimme myös mukaan kotiutukseen liittyvän ohjauksen. Käsitteet ovat avattu työssämme selkeästi ja aihe rajattiin sepelvaltimotautiin, jotta pystyttäisiin paneutumaan varsinaiseen kotiutukseen. Teoriakatsauksessa käsiteltiin sepelvaltimotauti, sepelvaltimotautipotilaan tutkimukset, sekä sen hoito ja ohjaus. Sepelvaltimotautipotilaan kotiutus oli keskeisin osa-alue teoriaosuudessa. Tutkimuksia ja teorian tietoa pystyttiin hyödyntämään tuotoksessamme käyttämällä monipuolisesti tuoreita lähteitä mukaan lukien vieraskielisiä tutkimuksia. Lähteitä käytimme eettisesti ja luotettavasti rajaamalla aihetta ja vuosilukua uusimpiin tutkimuksiin ja teorian tietoihin.

Pyrimme tuottamaan selkeän kotiutukseen liittyvän muistilistan, joka on tiivis materiaali potilaan kotiutuksesta. Mielestämme teoriapohja oli hyvä ja selkeä tuotoksessamme, josta muodostimme muistilistan kotiutukseen. Tuotoksellamme on hyvät edellytykset tukea kotiutuksen onnistumista. Mielestämme onnistuimme tässä hyvin ja tuotoksesta tuli tiivis ja helppo lukuinen, jossa on otettu huomioon kaikki olennaiset kohdat kotiutukseen liittyvässä prosessissa.

Keskinäinen yhteistyömme opinnäytetyö prosessissa sujui hyvin ja ongelmitta. Työ tehtiin suuremmaksi osaksi yhdessä, jossa käytimme monipuolisesti lähteitä ja reflektoiden omia tekstejä. Työn prosessin aikana näkemykset ja mielipiteet olivat melko samanlaisia sekä perusteltuja. Ohjaavan opettajan kanssa yhteistyö oli jatkuvaa, jolta saatiin säännöllisesti palautetta sekä korjausehdotuksia.

Työelämän yhteyshenkilö tavattiin muutaman kerran ja heiltä saimme ideoita työhön sekä muutamia hyviä lähteitä. Koska aiheemme ja tehtävämme oli selkeä, mitään jatkuvia tapaamisia emme tarvinneet kummankaan osapuolen mielestä. Kysyimme työhöemme heidän toivomuksia sekä ideoita ja kiinnitimme niihin suurta huomiota työssämme. Tiedotimme säännöllisesti työn etenemisprosessista sähköpostitse osastolle. Suunnitelmasta saimme hyvää palautetta osastolta. Osaston tarve oli selkeä, joten mitään epäselvyyksiä työstä, sekä sen tuloksesta ei esiintynyt.

Opinnäytetyön prosessi oli erittäin opettavainen ja hyödyllinen meille, josta opimme paljon potilaan kotiutuksen prosessista sekä sepelvaltimotaudista. Koimme työn positiivisena ja hyödyllisenä tulevaa sairaanhoitajan ammattia ajatellen. Työ oli prosessina työläs sekä aikataulullisesti erittäin tiivis, mutta mielenkiintoinen ja haastava. Aloitimme suunnittelemaan työtä helmikuussa 2012. Teoriakatsauksen saimme valmiiksi joulukuussa 2012. Työstimme opinnäytetyötämme tiiviisti tammikuusta 2013 alkaen aina huhtikuun loppuun saakka.

Uskomme että työmme tuotos, kotiutuksen muistilista sopii eri sairausryhmille sekä osastoille. Ehdotimme Keski-Suomen sairaanhoitopiirille jatkotutkimusta potilaiden kotiutuksesta ja sen onnistumisesta nimenomaan potilaan näkökulmasta. Jatkossa tarvitaan enemmän tutkimusta vanhuksista huolta pitävien kokemuksista, odotuksista ja käsityksistä kotihoitopalveluksista, jotta voidaan tukea heitä paremmin (Coffey & McCarthy 2012, 178).

## LÄHTEET

Cobb, S., Brown, D. & Davis, L. Effective interventions for lifestyle change after myocardial infarction or coronary artery revascularization. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 18 (2006) 31-39.

Coffey, A. & McCarthy, G. Community Supports used by older people post hospital discharge. *British Journal of community Nursing* Vol 17, No 4, 2012.

Department of health. Reforming Emergency Care. Department of health publications, London 2011. Luettu 14.12.2012.

[Http://www.dh.gov.uk./assetRoot/04/05/88/36/04058836.pdf](http://www.dh.gov.uk./assetRoot/04/05/88/36/04058836.pdf).

Glasper, A. Planning optimum hospital discharge for older people. *British Journal of Nursing*, 2012, Vol 21, No 22.

Hakala, T., Mustonen, J. & Suurmunne, H. *Suomen lääkirilehti*. 2007  
[http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=ohitusleikkaus](http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=ohitusleikkaus)

Heikkilä, J., Niemelä, K. & Ylitalo A. Sepelvaltimoiden pallolaajennustoimenpiteet. 2008. *Terveysportti*. Luettu: 3.3.2013.  
[http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=kar00046&p\\_haku=pallolaajennus](http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=kar00046&p_haku=pallolaajennus)

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. *Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö*. 2008. Helsinki: WSOY

Iivanainen, A. Jauhiainen, M & Syväoja, P. *Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen*. 2010. Helsinki: Otava.

Iivanainen, A. & Syväoja, A. 2009. *Hoida ja Kirjaa*. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY

Kervinen, H. Akuutti sepelvaltimo-oireyhtymä ja sydäninfarkti. *Lääkärin käsikirja* 2011. *Terveysportti*. Luettu 29.1.2013.  
[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt01401&p\\_haku=syd%C3%A4ninfarkti](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01401&p_haku=syd%C3%A4ninfarkti)

Kervinen, H. 2009. *Sepelvaltimotauti*. *Lääkärin käsikirja*. *Terveysportti*. Luettu 12.11.2012

Kervinen, K., Niemelä, M. & Valkama, J. *Sepelvaltimotaudin diagnostiset ja hoitoa ohjaavat tutkimukset*. *Suomen Lääkirilehti* 22/2012 vsk 67.

Kesäniemi, Y. A. & Salomaa, V. 2009. *Terveyskirjasto Duodecim*. *Sepelvaltimotaudin ehkäisy*.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=seh00209](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00209)

Kettunen, M., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyrä, S. 2011. Syänsairaudet. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy

Kervinen, H. Sepelvaltimotauti. Lääkärin käsikirja. 2009. Terveysportti. Luettu 26.2.2013.

[http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt01400&p\\_haku=sepelvaltimotauti%20%C3%A4%C3%A4kehoito](http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01400&p_haku=sepelvaltimotauti%20%C3%A4%C3%A4kehoito), luettu 26.2.2013 )

Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Tampereen Yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Akateeminen Väitöskirja

Kähkönen, O. Saaranen, T. & Kankkunen, P. 2012. Hoitotiede. 24 (3), 201-215. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus.

Käypähoito 2009. Sepelvaltimotautikohtaus: epästabiili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja. Luettu 22.12.2012

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi04058?hakusana=sepelvaltimotauti>

Käypähoito. Sydäninfarktin diagnostiikka 2009. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Luettu 25.1.2013. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi04050>.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992/785. Luettu 10.11.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka Hoitotyössä. Helsinki: WSOY

Luhtasaari, M. Vanhuksen kotiutus. Sairaanhoidajan käsikirja. 2012. Terveysportti. Luettu 10.2.2013.

[http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p\\_artikkeli=shk02250](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk02250)

Lukkarinen, H. & Hentinen, M. Sepelvaltimotautipotilaiden elämänlaatu hoitotoimenpiteiden jälkeen. Suomenlääkärilehti 39/2005 vsk 60.

Lukkarinen, H. 1999. Sepelvaltimotautia sairastavien elämänlaatu ja elämäntilanne pitkäaikaistutkimus lääkkeillä, pallolaajennuksella tai ohitusleikkauksella hoidettujen kokemuksista. Oulun Yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen väitöskirja.

Lämsä, R. & Mäkelä, L. "En olisi vielä kotiin lähdessä". Suomen Lääkärilehti 33/2009 vsk 64.

Mustajoki, P. Sydäninfarkti. Lääkärin käsikirja Duodecim 2012. Terveyskirjasto. Luettu 29.1.2013.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00086](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00086)

Mäkelä, L. & Kivelä, H. Yhtenäisen kotiuttamiseen malli 2007-2009 Projektin tulokset. Helsinki ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.

Nikus, K., Porela, P., Heikkilä, J & Voipio-Pulkki. Akuuttien sepelvaltimotautien diagnoosi, luokittelu ja epidemiologia. Kardiologia. Terveysportti. Luettu

29.1.2013.

[http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=inf04502&p\\_selaus=16600](http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04502&p_selaus=16600)

Ojala, S. Hautamäki, K. & Rissanen, P. Sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden kuntoutustarve. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2007: 44 228-238.

Pöyry, P. & Perälä, M. Tieto ja yhteistyö yli 65-vuotiaiden hoidon ja palveluiden saamiskodissa. Aiheita 18/2003. Palko-projektiryhmä.

Rahkonen, S. 2009. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan hoitoprosessin aikaiset merkitykselliset kokemukset. Turun Yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro Gradu- Tutkielma.

Rantala, M. 2009. Sydänsairauksien psykososiaaliset vaaratekijät. Sydän-verkkolehti 5/2008. Luettu 20.12.2012. [http://www.sydan.fi/lehtiarkisto/sydan\\_5\\_08/laakariliite/](http://www.sydan.fi/lehtiarkisto/sydan_5_08/laakariliite/).

Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. 2008. Kuntoutus. Helsinki: Otavan Kirjapaino Oy.

Salminen, M., Vahlberg, T., Isoaho, R., Sintonen, H., Verronen, S. & Kivelä, S. Sydänjärjestön neuvonta- ja ryhmätoimintaohjelman vaikutus iäkkäiden sepelvaltimotautipotilaiden elämänlaatuun. Suomenlääkärilehti 41/2004 vsk 59.

Sinisalo, J. & Virtanen, K. S. 2005. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Sydänlihaksen perfuusion gammakuvaus. Luettu 1.1.2013. <http://goo.gl/x5TZo>

Suomen Sydänliitto ry 2012. Luettu 29.12.2012  
<http://www.sydanliitto.fi/sairastavuus-ja-sairastuvuus>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Sepelvaltimotaudin esiintyvyys. Luettu 29.12.2012. <http://www3.ktl.fi/stat/>

Vauhkonen, I. Holmström, P. 2005. Sisätaudit. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

## LIIETTEET



## Kotiutuksen muistilista

- kotiutussuunnitelma on aloitettava esitietojen perusteella hyvissä ajoin/viimeistään ensimmäisenä hoitopäivänä
  - kotiutuspäivämäärästä annettava arvio mahdollisimman varhaisessa vaiheessa potilaalle, läheisille ja vastaanottavalle taholle
- potilaan henkilökohtainen käsitys sairauden merkityksestä
  - Kotiutukseen tulee osallistua potilaat ja hoitajat, että he voivat tehdä itsenäisesti valistuneita päätöksiä ja valintoja, jotka johtavat yksilölliseen hoitoon ja huolenpitoon
- liikunta- ja toimintakyvyn sekä muiden vaikuttavien tekijöiden kartoitus
- tukipalveluiden ja -tarpeiden (esim. apuvälineet, kodin muutostyöt) sekä jatkokuntoutustarpeen arviointi ja käynnistäminen
- läheisten tuki: potilaan suostumuksesta läheiset mukaan mahdollisimman pian
- potilaan ja läheisten ohjaus
  - akuutti ohjaus (sairaala)
  - kotihoito-ohjaus (esim. käytännön hoitotoimenpiteiden opetus)
  - jatkohoito-ohjeet sekä ohjaus- ja konsultaatiomahdollisuus
  - yhteystiedot ongelmatilanteiden esiintyessä
- potilaalle, läheisille ja vastaanottavalle taholle ilmoitetaan kotiutus- tai siirtoajan kohta, kun lääkäri on tehnyt päätöksen kotiutuksesta
  - jos mahdollista, ilmoitus viimeistään kotiutusta tai siirtoa edeltävänä arkipäivänä
- kotiutusta tai siirtoa valmisteltava edeltävinä vuorokausina mahdollisimman pitkälle
  - loppulausunto (yhteenveto hoidosta, tutkimuksista, lääkityksestä, jatkoseurannasta), jos kirjoitettu
  - lääkelista ja reseptit
  - tarvittavat todistukset (esim. sairasloma, B-todistus, kuljetustodistus)
  - jatkohoito-ohjauslomake sekä jatkohoito- ja kuntoutusohjeet jatkohoitopaikalle
  - kotihoito-ohjeet potilaalle – yhteystiedot mahdollisille kysymyksille ja jatkohoitopaikkaan
  - hoito- ja apuvälinelähteet – ohjeistus, mistä saa
  - ilmoitus kuljetuspalveluille kotiutusta tai siirtoa edeltävänä vuorokautena
  - jatkohoidon varmistus ja tietoa siitä potilaalle
- siirto/ kotiutus
  - tilataan kyyti (taksi, ambulanssi, invataksi)
  - potilaalle tarvittavat paperit/dokumentit
  - siirtoilmoitus, kerrotaan potilaalle/omaiselle siirron vahvistuksesta, yhteys- ja tietolomake potilaasta jatkohoitopaikkaan
  - asioiden tarkistus potilaalta